О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению"

Приказ, Изменения. Министерство здравоохранения Республики Казахстан (Образован Указом Президента РК от 25.01.2017 г. № 412; старое название: Министерство здравоохранения и социального развития РК; Комитет здравоохранения Минобразования, культуры и здравоохранения РК; Комитет здравоохранения Министерства здравоохранения, образования и спорта РК; Аген-во РК по делам здравоохр.). от 09.07.2025. № 212332. редакция от 09.07.2025

Текст

ПРИКАЗЫВАЮ:

Пункт 1

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения:

преамбулу изложить в следующей редакции:

"В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", а также Законом Республики Казахстан "О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания", ПРИКАЗЫВАЮ :";

приложения 1 , 2 , 3 и 7 вышеуказанного приказа изложить в новой редакции согласно приложениям 1 , 2 , 3 и 4 к настоящему приказу.

Пункт 2

2. Департаменту стратегии и развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

Подпункт 1

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

Подпункт 2

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

Подпункт 3

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

Пункт 4

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

Пункт 5

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования

| Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан | Т. Султангазиев |

|---|---|

| | Приложение 1 к приказу Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2025 года № 64 |

|---|---|

| | Приложение 1 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

Глава Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах

Глава Форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента" №___

Раздел 1 Приемный покой

Текст

Общая часть:

Пункт 1

1. ИИН_____

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии) _____

Пункт 3

3. Дата рождения – "____" _____ 20____ год

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст _____

Пункт 6

6. Национальность _____

Пункт 7

7. Гражданство (справочник стран) _____

Пункт 8

8. Житель

города

села

Пункт 9

9. Адрес проживания _____

Пункт 10

10. Место работы/учебы/детского учреждения _____

Должность Образование _____

Пункт 11

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса_____

Пункт 12

12. Группа инвалидности_____

Пункт 13

13. Тип возмещения _____

Пункт 14

14. Социальный статус _____

Пункт 15

15. Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

Пункт 16

16. Пациент направлен _____

Пункт 17

17. Тип госпитализации _____

Пункт 18

18. Код госпитализации _____

Пункт 19

19. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

_____

Пункт 20

20. Диагноз направившей организации _____

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

| ФИО (при его наличии) | Кем приходится | Телефон |

|---|---|---|

Текст

Первичный осмотр врача приемного покоя при госпитализации:

Пункт 1

1. Дата и время осмотра – "___" _____ 20____ год _____

Пункт 2

2. Жалобы _____

Пункт 3

3. Анамнез болезни_____

Пункт 4

4. Анамнез жизни _____

Пункт 5

5. Аллергические реакции (включая непереносимость препаратов)

да

нет.

Пункт 6

6. Перенесенные инфекции

нет

да (код наименование)

Туберкулез

да

нет

кожно-венерологические заболевания

да

нет

Гепатит

да

нет другое

Вирусный гепатит

да

нет

Корь, краснуха

да

нет

Ветряная оспа

да

нет

эпидемический паротит

да

нет

ВИЧ/СПИД

да

нет

коронавирусная инфекция COVID-19

да

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными пациентами не был

Пункт 7

7. Объективные данные _____

Пункт 8

8. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

_____

Пункт 9

9. Диагноз при поступлении _____

Пункт 10

10. Предварительный диагноз _____

Пункт 11

11. Оценка риска падения

да

нет

Пункт 12

12. Оценка боли

есть

нет

.Сортировка пациента (приемный покой)_____

Пункт 13

13. Дата и время госпитализации "___" _____ 20 ___ год_____

Пункт 14

14. Сортировка по триаж-системе _____

Пункт 15

15. Идентификационный бейдж пациента _____

Пункт 16

16. Инструктаж пациента _____

Пункт 17

17. Санитарная обработка

да

нет (если да, указать время, объем обработки, показания) _____

Пункт 18

18. Вид транспортировки _____

Пункт 19

19. Признаки инфекций:

есть

нет

Заполняется при наличии:

повышенная температура тела

рвота

диарея

сыпь

насморк

кашель

Если да, пациент помещен в изолятор

да

нет

Пункт 20

20. Жилищно-бытовые условия (при госпитализации в больницы сестринского ухода)

_____

Пункт 21

21. Круг общения (при госпитализации в больницы сестринского ухода)

_____

Пункт 22

22. Материальная обеспеченность (при госпитализации в больницы сестринского ухода)

_____

Пункт 23

23. Социальная поддержка (при госпитализации в больницы сестринского ухода)

_____

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии), ID _____

Раздел 2 Первичный осмотр лечащего врача:

Пункт 1

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка – "____" _____ 20___год

_____

Пункт 2

2. Жалобы _____

Пункт 3

3. Объективные данные пациента _____

Пункт 4

4. Анамнез заболевания _____

Пункт 5

5. Анамнез жизни _____

Пункт 6

6. Наследственность _____

Пункт 7

7. Прием медикаментов на момент госпитализации

нет

да (наименование, когда и причины приема)

Пункт 8

8. Предварительный диагноз _____

Пункт 9

9. План обследования _____

Пункт 10

10. План лечения (вкладной лист 4) _____

Лечащий врач: ФИО (при его наличии), ID _____

Заполняется при родах:

Пункт 1

1. Дата и время родов – "____" _____ 20 ___ год _____

Пункт 2

2. Общая информация (рост, вес, последняя менструация, первое шевеление плода, окружность живота, высота дна матки, положение плода, позиция и вид, сердцебиение плода, место, ЧСС, предлежащая часть, родовая деятельность, предполагаемый вес плода)

_____.

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии), ID _____

Пункт 3

3. Течение родов (время схваток, воды отошли, качество и количество вод, полное открытие, начало потуг, ребенок родился (первый, второй), критерии живорождения, пол, рост, вес,

окружность головы) _____

Акушер ФИО (при его наличии), ID _____

*Завершение внесения данных о пролеченном случае в форму № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента" (далее – медицинская карта) осуществляется в день выписки пациента из стационара. Введенные данные в медицинскую карту после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

В случае смерти пациента, медицинская карта передается в патологоанатомическое бюро (далее - ПАБ)/центральное патологоанатомическое бюро области (далее - ЦПАО)/ патологоанатомическое отделение (далее - ПАО) не позднее 10 часов утра дня, следующего после дня установления факта смерти. После факта передачи медицинской карты в ПАБ/ЦПАО/ПАО ведение, формирование и корректировка данных осуществляться не может, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований, проведенных при жизни пациента, а также ввода патологоанатомического диагноза после патологоанатомического вскрытия.

Вкладной лист 1 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Объективный статус пациента

Пункт 1

1. Дата и время осмотра "____" _____ 20 ___год _____

Пункт 2

2. Рост (при поступлении и необходимости от профиля МО) _____

Пункт 3

3. Вес (при поступлении и необходимости от профиля МО) _____

Пункт 4

4. ЧСС _____

Пункт 5

5. ЧДД _____

Пункт 6

6. АД _____

Пункт 7

7. Температура _____

Пункт 8

8. Количество выпитой жидкости _____

Пункт 9

9. Наличие/отсутствие стула и мочеотделения _____

Пункт 10

10. Общее состояние (психоэмоциональный статус, внешний вид, нравственные нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память, самоконтроль жизнеобеспечения, трудоспособность, выполняемая работа, сон и отдых, сексуальная удовлетворенность, нарушение дыхания, кашель, потребность в кислороде, система кровообращения, аппетит, язык, повседневный рацион и режим питания, зависимость от посторонней помощи при приеме пищи, причины расстройства приема пищи, совет по поводу соблюдения диеты, состояние мочевыделительной системы, количество потребления жидкости, водный баланс)

(в зависимости от профиля МО) _____

_____

_____

_____;

Пункт 11

11. Физиологические отправления (физиологические отправления сопровождаются, суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря, характер мочи, дизурические расстройства, мочеиспускание, применение мочегонных средств, зависимость от посторонней помощи при мочеиспускании, суточная регулярность самостоятельного опорожнения кишечника, характер кала, запоры, поносы, дефекация, применение слабительных средств, зависимость от посторонней помощи при дефекации) (в зависимости от профиля МО)

_____

_____

_____

_____;

Пункт 12

12. Двигательная активность (мышечный тонус, состояние суставов, степень подвижности суставов, риск образования пролежней) (в зависимости от профиля МО)

_____.

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии), ID врача _____.

Вкладной лист 2 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Дневник

Пункт 1

1. Дата и время осмотра "____" _____20____ год _____

Пункт 2

2. Объективные данные пациента _____

Пункт 3

3. Жалобы _____

Пункт 4

4. Динамика состояния пациента _____

Пункт 5

5. Лабораторно-диагностические исследования _____

Пункт 6

6. Течение послеродового периода (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов) _____

Пункт 7

7. Партограмма (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов) _____

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии), ID врача _____.

Вкладной лист 3 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Информированное согласие пациента

Текст

В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь предоставляется после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

Текст

ИИН _____.

Текст

ФИО (при его наличии) (полностью) _____

Текст

Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-

Текст

исполнительной (пенитенциарной) системы

Текст

_____

Текст

Дата рождения - "_____"_____20 ___год

Текст

Находясь в МО (наименование МО)

Текст

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

Подпункт 1

1) Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

Подпункт 2

2) Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

Подпункт 3

3) Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

Подпункт 4

4) Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь): наследственность; аллергические проявления; индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания; потребление табачных изделий; злоупотребление алкоголем; злоупотребление наркотическими средствами; перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия; экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности; принимаемые лекарственные средства.

Подпункт 5

5) Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Подпункт 6

6) Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство

Подпись заявителя: _____ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: _____/_____/20__ г.

Врач: _____(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись: _____

Мною врачом (лечащий/дежурный) подчеркнуть необходимое Ф.И.О. (при его наличии) (полностью) _____;

Подпункт 1

1) разъяснены информация о возможном риске и преимуществах, предлагаемых инвазивных вмешательствах и альтернативных методах лечения (процедурах), сведения о возможных осложнениях во время проведения инвазивных вмешательствах и последствиях отказа от лечения, информация о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию, в том числе информация о правах и обязанностях пациента, об оказываемых услугах в рамках ГОБМП и ОСМС, стоимости платных услуг и размере сооплаты (при наличии);

Подпункт 2

2) предоставлена информация в доступной для пациента форме, на понятном для него языке.

Дата и время "_____" _____ 20___ г. ___

Примечание:

Пункт 1

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

Пункт 2

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.

Вкладной лист 4 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Лист врачебных назначений

Пункт 1

1. Дата и время – "____" _____ 20 __ год _____

Пункт 2

2. Режим _____

Пункт 3

3. Диета _____

Пункт 4

4. Наименование услуги, лекарственного средства

(с конкретными рекомендациями по времени их назначения и времени их отмены)

Пункт 5

5. Дата назначения (по времени) и дата окончания – "___"_____ 20_ год

_____ и "___"_____ 20 ___год _____

ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 5 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Обоснование клинического диагноза (в соответствии с внутренними правилами, количество обоснований не исчерпывается только указанными)

Пункт 1

1. Дата и время – "___"_____ 20___ год _____

Пункт 2

2. Объективные данные _____

Пункт 3

3. Жалобы _____

Пункт 4

4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических

исследований _____

Пункт 5

5. Диагноз _____

Пункт 6

6. Лист врачебных назначений _____

ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 6 к медицинской карте стационарного пациента

Глава "Предтрансфузионный эпикриз"

Текст

Трансфузионный анамнез в истории болезни:

Текст

трансфузий ранее не проводилось

Текст

трансфузионный анамнез без особенностей

Текст

имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие

Текст

Акушерский анамнез для женщин:

Текст

без особенностей

Текст

многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения, абортов и выкидышей в ранних сроках

Текст

Иммуногематологические особенности:

Текст

не выявлены

Текст

выявлены вариантные формы антигенов или экстраагглютинины

Текст

выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность, если известно)

Текст

антиэритроцитарные антитела не исследовались

Текст

Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК) ОАК, КЩС от ж/ год _____

Текст

Одна доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин примерно на 10г/л _____

Текст

острая анемия, гемоглобин г/л

Текст

хроническая некомпенсированная анемия, гемоглобин г/л, клинические данные: жалобы на выраженную слабость, ЧД , Ps, АД

Текст

снижение доставки O2 при анемии, Hb г/л, PaO2 мм рт. ст., PvO2мм рт. ст.

Текст

Расчетная доза _____

Текст

Показания для СЗП/криопреципитата _____

Текст

Данные последней коагулограммы: (достаточно одного измененного показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут) ПТИ %, МНО, АЧТВ, Фибриноген г/л, ATIII _____

Текст

Толерантность плазмы к гепарину, ВСК мин _____

Текст

Анализ от дд/мм/гг _____

Текст

дефицит факторов коагуляционного гемостаза

Текст

дефицит плазменных антикоагулянтов

Текст

плазмообмен

Текст

Расчетная доза (12-20мл/кг) _____

Текст

Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов *109/л _____

Текст

Анализ от дд/мм/гг _____

Текст

геморрагический тромбоципенический синдром

Текст

Тромбоцитопения менее 10*109/л без геморрагического синдрома.

Текст

Тромбоцитопения менее 50*109/л, хирургическая операция.

Текст

Тромбоцитопения менее 100*109/л, нейрохирургическая операция.

Текст

Тромбоцитопатия, геморрагический синдром.

Текст

Расчетная доза _____

Текст

ФИО (при его наличии), ID врача, обосновавшего показания к трансфузии

Текст

_____

Текст

Показания к трансфузии проверены, подтверждаю _____

Текст

Заведующий отделением ФИО (при его наличии), ID врача _____

Текст

Протокол трансфузии крови и ее компонентов

Пункт 1

1. Наименование отделения, где проводится трансфузия – _____

Пункт 2

2. Дата проведения трансфузии – "____"_____ 20 ___ год

время начата дд/мм/гг, окончена дд/мм/гг – начало "____" _____20 __год

окончание "___" ____20 ___год

Пункт 3

3. Данные о пациенте – ФИО_____

ИИН_____,

групповая и резус-принадлежность_____.

Пункт 4

4. Данные о трансфузионной среде - номер этикетки _____, наименование_____, групповая и резус-принадлежность донора_____, наименование организации-заготовителя трансфузионной среды _____, срок годности _____.

Пункт 5

5. Результаты лабораторных предтрансфузионных исследований _____,

Ф.И.О. (при его наличии)/ID врача, проводившего исследования _____.

Пункт 6

6. Результат биологической пробы _____,

Ф.И.О. (при его наличии), ID врача, проводившего пробу_____.

Пункт 7

7. Данные о трансфузии- перелито/ мл _____, скорость внутривенного вливания (капельно, струйно, капельно-струйно _____,

Ф.И.О. (при его наличии)/ID врача, проводившего трансфузию_____.

Пункт 8

8. Данные о самочувствии пациента, показателях пульса, артериального давления, температуры тела

Подпункт 1

1) до трансфузии: Ps_, АД _, t0 _ ;

Подпункт 2

2) во время трансфузии: Ps_, АД _, t0 _ ;

Подпункт 3

3) после трансфузии: Ps_, АД _, t0 _ ;

Подпункт 4

4) через 1 час после трансфузии Ps_, АД _, t0 _ ; через 2 часа Ps_, АД _, t0 _ ; через 3 часа Ps_, АД _, t0 _ ;

Ф.И.О. (при его наличии)/ID медицинского работника, проводившего наблюдение _____.

Пункт 9

9. Данные о цвете первой порции мочи после переливания каждой дозы эритроцит содержащего компонента крови _____.

Ф.И.О. (при его наличии)/ID врача, проводившего наблюдение_____.

Пункт 10

10. Показатели контрольного лабораторного исследования крови и мочи пациента, объема суточного диуреза_____.

Ф.И.О. (при его наличии), ID среднего медицинского работника

_____

Дата, время – "____" ____ 20 ___год

Пункт 11

11. Данные о наличии признаков неблагоприятного последствия трансфузии и выполненных лечебных мероприятиях_____.

Трансфузионный лист

Пункт 1

1. Дата – "___" _____ 20 __год

Пункт 2

2. Наименование трансфузионной среды_____

Пункт 3

3. Количество _____

мл

Пункт 4

4. Группа крови, Rh донора _____

Пункт 5

5. Показания _____

Пункт 6

6. № этикетки, страна производитель _____

Пункт 7

7. Осложнения _____

Пункт 8

8. ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 7 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Протокол диагностических исследований/услуг

Пункт 1

1. Дата и время проведения – "___"_____ 20 ___год

Пункт 2

2. Наименование услуги из тарификатора _____

Пункт 3

3. Данные описания проведенного исследования _____

Пункт 4

4. Заключение _____

Пункт 5

5. ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 8 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Карта основных показателей состояния пациента и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии

Пункт 1

1. Дата и время осмотра –"___"_____ 20__год _____

Пункт 2

2. Объективные данные (температура, ЧДД, ИВЛ, SpO2 / FiO2, ЦВД, АД, Оценки боли по ВАШ, Оценка делирия RASS) _____

Пункт 3

3. Лист врачебных назначений (при необходимости с отражением времени проведения манипуляции) _____

Пункт 4

4. Диагноз _____

Пункт 5

5. Дневник (статус дополнительных жизнеобеспечивающих приборов, при наличии, описание гидробаланса) _____

Пункт 6

6. ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 9 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Консультация специалиста

Пункт 1

1. Дата и время осмотра – "___"_ _____ 20 ___ год _____

Пункт 2

2. Вид консультации _____

Пункт 3

3. Жалобы: _____

_____

_____

Пункт 4

4. Анамнез жизни:

_____

_____

_____

Пункт 5

5. Анамнез заболевания: _____

_____

_____

Пункт 6

6. Объективные данные: _____

_____

_____

Пункт 7

7. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

_____

_____

_____

Пункт 8

8. Диагноз _____

Пункт 9

9. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств _____

Пункт 10

10. ФИО (при его наличии), ID врача _____

При наличии:

Пункт 11

11. Записи консилиумов (включает согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется)

Вкладной лист 10 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Протокол операции/процедуры/афереза

Пункт 1

1. Дата и время – "___"_ _____ 20 ___год _____

Пункт 2

2. Показания к операции/процедуры/афереза _____

Пункт 3

3. Клинический диагноз (при проведении сердечно–сосудистых операций описывается состояние пациента перед операцией, подготовка к наркозу, измерение объективных данных каждые 5 минут, осложнения по ходу наркоза и операции) _____

Пункт 4

4. Анестезиологическое пособие _____

Пункт 5

5. Протокол операции включая: _____

5.1 Дату и время начала и окончания операции/процедуры/афереза

_____

5.2 Течение (описание) операции/процедуры/афереза, включая технику выполнения

_____

5.3 Участие консультантов во время операции/процедуры/афереза, рекомендации

_____

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

_____

5.5 Исход операции, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции/процедуры/афереза не было")

_____

5.6 Количество кровопотери _____

(мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза _____

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза _____

5.9 Рекомендации _____

5.10 ФИО (при его наличии), ID оперирующего врача, ассистентов, анестезиолога и СМР _____

Вкладной лист 11 к медицинской карте стационарного пациента

Глава История развития новорожденного

Текст

Заполняется в родзале:

Текст

Дата и время – "___"_ _____ 20 ___год _____

Пункт 1

1. Информация о родителях (группа крови, резус-принадлежность) _____

Пункт 2

2. Подробная информация о рождении/смерти, поступлении, выписке, переводе новорожденного _____

Пункт 3

3. Заключительный диагноз новорожденного _____

Пункт 4

4. Наследственность со стороны матери/отца _____

Пункт 5

5. Информация о новорожденном и родах _____

Пункт 6

6. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____

Пункт 7

7. Информация о ГВ, пороках развития, родовых травмах, профилактике гонобленореи _____

Пункт 8

8. Дата проведения скрининга на наследственную патологию (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, аудиологический скрининг) _____

Дежурный акушер ФИО (при его наличии), ID _____

Дежурный врач ФИО (при его наличии), ID _____

Заполняется при переводе новорожденного из родзала в отделение:

_____

Дата и время – "___"_ _____ 20 ___ год

Пункт 1

1. Информация о переводе новорожденного в отделение, № палаты

_____

Пункт 2

2. Состояние ребенка при переводе из родзала _____

Пункт 3

3. Диагноз предварительный _____

Пункт 4

4. Принял и провел обработку медицинский брат/сестра ФИО (при его наличии),

ID _____

Дежурный врач ФИО (при его наличии), ID _____

Первый осмотр ребенка в палате (отделении.) новорожденных детей

_____

Дата и время – "___"_ _____ 20 ___год _____

Пункт 1

1. Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус), кожные покровы, видимые слизистые, пуповинный остаток, форма грудной клетки, когда приложен к груди _____

Пункт 2

2. Частота ГВ _____

Пункт 3

3. Состояние легких, пульс _____

Пункт 4

4. Данные ежедневного общего осмотра новорожденного, изменение состояния новорожденного _____

Пункт 5

5. Вакцинации, скрининг на наследственную патологию, аудиологический неонатальный скрининг _____

Дежурный акушер ФИО (при его наличии), ID _____

Дежурный врач ФИО (при его наличии), ID _____

Заключение и предварительный диагноз _____

Пункт 1

1. Назначения и их обоснование _____

Пункт 2

2. Диагноз_____

Заключительная часть: _____

Выписной эпикриз _____

Эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмирование результатов лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, при наличии реабилитации, выдаются рекомендации с указанием реабилитационного потенциала, диагноза и шкалы реабилитационного маршрута. По требованию копия выписного эпикриза выдается на руки пациенту.

Пункт 1

1. Диагноз клинический_____

Дата установления – "___"_____20 ___ год

Пункт 2

2. Другие виды лечения _____

Пункт 3

3. Отметка о выдаче листа о временной нетрудоспособности

_____

№ листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности

Пункт 4

4. Исход пребывания _____.

Переведен в МО (из регистра МО) _____

Пункт 5

5. Трудоспособность _____

Пункт 6

6. Дата и время выписки _____

Пункт 7

7. Проведено койко-дней _____

Пункт 8

8. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

Заведующий отделением ФИО (при его наличии), ID _____

Лечащий врач ФИО (при его наличии), ID _____

Заполняется при смерти: _____

Умер дд/мм/гг – "___"_ _____ 20 __год

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение: _____

Патоморфологический диагноз (основной) _____

осложнения основного заболевания _____

сопутствующий _____

Врач ФИО (при его наличии), ID _____

Вкладной лист 12 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

Текст

Дата и время обращения

Текст

Паспортные данные

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения: число, месяц, год

Пункт 4

4. Пол ☐ мужской ☐ женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Житель ☐города ☐ села

Пункт 8

8. Гражданство, адрес проживания

Пункт 9

9. Место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения

Должность Образование

Пункт 10

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 11

11. Тип возмещения

Пункт 12

12. Социальный статус

Пункт 13

13. Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

_____

Пункт 14

14. Повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие (подчеркнуть)

Пункт 15

15. Жалобы

Пункт 16

16. Анамнез:

указать сведения:

о случае применения физического и (или) психологического насилия с указанием времени и даты;

о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия.

Пункт 17

17. Описание телесных повреждений:

Описание ссадины

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация

Пункт 2

2. Форма: линейная☐, округлая☐, овальная☐, неправильная овальная☐, треугольная☐

Пункт 3

3. Направление: вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо☐;

Пункт 4

4. Размеры (длина ХХХ, ширина в ХХХ см);

Пункт 5

5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная☐, западает по отношению к уровню окружающей кожи☐; на уровне окружающей кожи☐; выше уровня окружающей кожи☐, отпадает по периферии☐, участок гиперпигментации☐ гипопигментации ☐

Пункт 6

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость☐, гиперемированы☐, с наложением крови☐, почвы☐

Описание кровоподтека

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация

Пункт 2

2. Форма: линейная☐, округлая☐, овальная☐, неправильная овальная☐, треугольная☐,

Пункт 3

3. Направление: вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо ☐;

Пункт 4

4. Размеры (длина XXX, ширина XXX в см);

Пункт 5

5. Цвет кровоподтека - красно-багровый ☐, синюшно- фиолетовый☐, бурый☐, зеленоватый☐, желтый ☐;

Пункт 6

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы☐, с наложением крови☐, почвы ☐.

Описание раны

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация

Пункт 2

2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная☐, веретенообразная☐;

Пункт 3

3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта "минус-ткань"☐;

Пункт 4

4. Особенности краев: осадненность☐, кровоподтечность☐, отслоенность☐, загрязненность☐, инородные включения☐;

Пункт 5

5. Рельеф скошенности стенок: ровные☐, гладкие☐, располагаются отвесно☐ одна стенка скошена, а другая подрыта☐;

Пункт 6

6. Осадненность концов☐;

Пункт 7

7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек☐, повреждений мышц☐, костей☐;

Пункт 8

8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно пересечены в начальной и средней трети раны☐, в конечном отрезке волоса☐ с вывороченными луковицами☐.

Пункт 9

9. Особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный☐, не ровный☐, зазубренный☐.

Описание перелома (открытый)

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация;

Пункт 2

2. Форма линейная☐, неправильная☐, многооскольчатая☐

Пункт 3

3. Размеры XXXсм,

Пункт 4

4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо ☐;

Пункт 5

5. Размеры, ориентировка свободных отломков, дефектов, сколов кости и вдавлений

Пункт 6

6. Особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих позвоночник тканях, переломов тел, дужек и отростков позвонков, характер их смещения, повреждений связочного аппарата, межпозвонковых дисков, над- и подоболочечных кровоизлияний, спинного мозга.

Схема анатомической локализации

Схема мужчина

Схема женщина

Пункт 17

17. Обследование психического состояния

Пункт 1

1. Сознание

1.1 Сознание ясное, не нарушено☐;

1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:

во времени☐,

в месте☐,

в собственной личности☐;

1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 2

2. Поведение

2.1 Адекватный☐;

2.2 Пассивный, заторможенный☐;

2.3 Оцепенение☐;

2.4 Возбужденный☐;

2.5 Пугливый☐;

2.6 Плаксивый☐;

2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 3

3. Настроение и эмоции

3.1 Ровный фон настроения☐;

3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность)☐;

3.3 Раздражительность и (или) гневливость☐;

3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность)☐;

3.5 Страх, тревога☐;

3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 4

4. Мышление, память, речь (нужное подчеркнуть);

4.1 Без особенностей☐;

4.2 Замедленное мышление, речь☐;

4.3 Ускоренное мышление, речь☐;

4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь☐;

4.5 Бессвязное мышление☐;

4.6 Бредовые идеи☐;

4.7 Мысли о смерти, самоубийстве☐;

4.8 Нарушение памяти☐;

4.9 Нарушение внимания☐;

4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 5

5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам пациента)

5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца☐;

5.2 Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту□;

5.3 Дрожь в руках и (или) ногах и (или) в теле□;

5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться□;

5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание□;

5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди"□;

5.7 Головокружение, головные боли□;

5.8 Чувство слабости, утомляемости□;

5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания□,

5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 6

6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах

6.1 Нарушения сна□,

6.2 Нарушения аппетита□,

6.3 Наличие психотравмы□;

6.4 Утрата интересов□;

6.5 Скрытность, недоверчивость□;

6.6 Сообщения об употреблении алкоголя□;

6.7 Чувство отчаяния□;

6.8 Галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником)□;

6.9 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Список сокращений:

| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

|---|---|---|

| 2 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Пункт 1

1. Дополнительные медицинские сведения (документы)

Медицинские карты, медицинские заключения, выписки, данные клинико-лабораторных исследований, предоставленные во время медицинского осмотра:

o Нет

o Есть (укажите)

Пункт 2

2. Направлен на:

исследования (указать какие),

консультации (указать)

на лечение (указать)

Пункт 3

3. Сообщено о насилии в органы внутренних дел/прокуратуры в установленном порядке

Дата сообщения

Наименование органа внутренних дел/прокуратур

Идентфикатор, ФИО (при его наличии) врача

Вкладной лист 13 к медицинской карте стационарного пациента

Глава Карта осмотра сурдологического пациента

Текст

ФИО (при его наличии) _____

Текст

Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы _____

Текст

Возраст _____

Текст

ИИН_____

Текст

Адрес_____

Текст

Направленные в рамках аудиологического скрининга ДА □/НЕТ□

Текст

Направленные по заболеванию ДА□/НЕТ□

Текст

Впервые выявленное заболевание ДА□/НЕТ□

Текст

Известное раннее заболевание _____

Текст

Жалобы_____

Текст

Анамнез заболевания_____

Текст

Методы обследования:

Текст

ДИАГНОЗ (выбрать из имеющихся):

| Врожденные пороки развития наружного уха (аномалии ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода) | Односторонняя | | АД | | АС | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Врожденные пороки развития внутреннего уха (аномалии улитки, слухового нерва) | Односторонняя | | АД | | АС | | |

| Двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Заболевания спектра слуховых (аудиторных) нейропатий | Односторонняя | | АД | | АС | | |

| Двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Сенсоневральная тугоухость | 1 степень | односторонняя | | АД | | АС | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 2 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 3 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 4 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Глухота | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Кондуктивная тугоухость | 1 степень | односторонняя | | АД | | АС | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 2 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 3 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 4 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Глухота | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Смешанная тугоухость | 1 степень | односторонняя | | АД | | АС | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 2 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 3 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 4 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Глухота | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

Текст

Отметить нужное

| Слуховой аппарат (есть □\нет □) | Воздушной проводимости | | АД | | АС | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Костной проводимости | | АД | | АС | | | |

| Имплантируемая система (есть □/ нет□) | Среднего уха | | АД | | АС | | |

| Костной проводимости | | АД | | АС | | | |

| Кохлеарной имплантации | | АД | | АС | | | |

| Образовательное учреждение/Место работы | Дошкольное учреждение | общеобразовательное | | Да | | Нет | |

| коррекционное | | Да | | Нет | | | |

| Школьное учреждение | общеобразовательное | | Да | | Нет | | |

| коррекционное | | Да | | Нет | | | |

| Высшее □/Среднее учебное заведение□ | | Да | | Нет | | | |

| Место работы | | | | | | | |

| Неорганизован | | Да | | Нет | | | |

Текст

Список сокращений формы № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента"

| 1 | FiO2 | Индекс оксигенации |

|---|---|---|

| 2 | Hb | Гемоглобин |

| 3 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

| 4 | Ps | Товарный знак для типа матричных штрихкодов |

| 5 | Rh | Резус фактор |

| 6 | SpO2 | Уровень насыщения крови кислородом |

| 7 | t0 | Температура тела |

| 8 | АД | Артериальное давление |

| 9 | АТIII | Антитромбин III |

| 10 | АЧТВ | Активированное частичное тромбопластиновое время |

| 11 | ВАШ | Визуально-аналоговая шкала |

| 12 | ГВ | Грудное вскармливание |

| 13 | ИВЛ | Искусственная вентиляция легких |

| 14 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 15 | КТ | Компьютерная томография |

| 16 | мл | Миллилитр |

| 17 | мм рт. ст. | Миллиметр ртутного столба |

| 18 | МИС | Медицинская информационная система |

| 19 | МО | Медицинская организация |

| 20 | Оценка делирия RASS | шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale |

| 21 | ПТИ | Протромбиновый индекс |

| 22 | PvO2 | Показатели газового состава крови |

| 23 | PaO2 | Показатели газового состава крови |

| 24 | СЗП | Свежезамороженная плазма |

| 25 | СМР | Средний медицинский персонал |

| 26 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 27 | ЦВД | Центральное венозное давление |

| 28 | ЧДД | Частота дыхательных движений |

| 29 | ЧСС | Частота сердечных сокращений |

Текст

"Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме №____" № 001-1/е нысаны

Текст

Форма № 001-1/у "Выписка из медицинской карты стационарного пациента № ___"

Текст

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы

Текст

(название и адрес организации куда направляется выписка)

Текст

_____

Текст

_____

Пункт 1

1. Пациенттың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента)

_____

Пункт 2

2. Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

_____

Пункт 3

3. Туған күні (Дата рождения) _____

Пункт 4

4. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Пункт 5

5. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

_____

Пункт 6

6. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

Пункт 7

7. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар)

(Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

_____

_____

_____

Қорытынды диагноз:

(Заключительный диагноз:) _____

_____

Қосалқы аурулар:

(Сопутствующие заболевания:) _____

_____

_____

Пункт 8

8. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы

(Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке)

_____

_____

_____

Түскен кездегі шағымдар:

(Жалобы при поступлении:) _____

_____

_____

Ауру анамнезі:

(Анамнез заболевания:)_____

_____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:) _____

_____

_____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

_____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) _____

_____

_____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер:

(Лабораторно-диагностические исследования:)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:) _____

_____

_____

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:) _____

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

(ФИО (при его наличии)):

_____

қолы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

(ФИО (при его наличии)):

_____

қолы (подпись) _____

*Завершение внесения данных о пролеченном случае в форму № 001-1/у

"Выписка из медицинской карты стационарного пациента" (далее – выписка)

осуществляется в день выписки пациента из стационара. Введенные данные

в выписку после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением

случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

Форма № 002/у "Протокол (карта) патологоанатомического исследования №____"

Адрес организации, составившего протокол _____

Карта пациента №

ИИН пациента _____

ФИО (при его наличии) _____

Дата рождения – "___"_ _____ 20 ____год Пол

мужской

женский

Возраст _____

Национальность _____

Житель

города

села

Гражданство _____

Адрес проживания _____

Место работы/учебы/детского учреждения _____

Должность Образование _____

Наименование страховой компании, № страхового полиса _____

Наименование МО лечения (из регистра МО.) _____

Доставлен в стационар

(часов (дней после начала заболевания)

Проведено койко-дней

Дата смерти _____

Дата и время вскрытия _____.

Лечащий врач ФИО (при его наличии), ID _____.

Присутствовали на вскрытии ФИО (при его наличии), ID _____

Диагноз направившей организации _____

Диагноз при поступлении _____

Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления _____

Заключительный клинический диагноз и дата его установления _____

Основное заболевание _____

Осложнение основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

Причина смерти _____

Результаты клинико-лабораторных исследований _____

Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания) _____

Ошибки клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать):

_____

Расхождение диагнозов по основному заболеванию

Запоздалая диагностика

основного заболевания

по осложнениям

смертельного осложнения

по сопутствующим заболеваниям

другое

Причины расхождения диагнозов

Объективная трудность диагностики

Кратковременное пребывания

Недообследование пациента

Переоценка данных обследования

Редкость заболевания

Неправильное оформление диагноза Причина смерти №

во врачебном свидетельстве о смерти №

сделана следующая запись

Код и наименование диагноза _____

ФИО (при его наличии), ID. врача; патологоанатома; заведующего отделением

_____

Результаты патологоанатомического исследования Рост

Печень

Вес тела

Селезенка

Вес органов

Почки лев – прав

Головной мозг

Сердце

Тимус

Легкие

Краткие клинические данные: Взято кусочков для патологического исследования Изготовлено блоков Взят материал для патогистологического исследования Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются Результаты патогистологического исследования Приложение на листах

Схемы, таблицы, фото, рисунка на

листах

ФИО (при его наличии), ID патологоанатома

Глава Список сокращений формы № 002/у "Протокол (карта) патологоанатомического исследования"

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Текст

Форма № 003/у "Форма учета движения крови, ее компонентов и диагностических стандартов"

Пункт 1

1. Дата и время получения продукта – "___"_ _____ 20 ___ год _____

Пункт 2

2. Организация- изготовитель _____

Пункт 3

3. Номер (серия) этикетки

Пункт 4

4. Дата заготовки/срок годности _____.

Пункт 5

5. Группа крови, резус-принадлежность (если применяется) _____

Пункт 6

6. Наименование продукта (если применяется) _____

Пункт 7

7. Количество _____

Пункт 8

8. Идентификатор лица, зарегистрировавшего приход продукта _____

Пункт 9

9. Дата и время выдачи продукта для переливания/применения

– "___"_ _____ 20___ год _____

Пункт 10

10. Наименование отделения куда выдается продукт _____

Пункт 11

11. Идентификатор лица, выдавшего продукт для применения _____

Пункт 12

12. Идентификатор лица, получившего продукт для применения

_____

Пункт 13

13. Дата списания – "___"_____ 20 ___год

Пункт 14

14. Причина списания _____

Пункт 15

15. Дата передачи на утилизацию "___"_____ 20___ год

Пункт 16

16. Способ утилизации _____

Пункт 17

17. Идентификаторы лиц, списавшего продукт и передавшего на утилизацию

Глава Форма № 004/у "Журнал учета сбора ретроплацентарной крови" за _____год

| Дата сбора крови | № истории родов | ФИО (при его наличии) роженицы | ИИН | Дата рождения | ФИО членов бригады (врача, акушерки, санитарки) | Количество пробирок | Количество | Примечание | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| крови | сыворотки | | | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Глава Форма № 005/у "Листок учета движения пациентов и коечного фонда стационара" наименование отделения, профиля коек

| | Код организации | Фактически развернуто коек, включая койки свернутые на ремонт | в том числе коек, свернутых на ремонт | | Движение пациентов за истекшие сутки | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Состояло пациентов на начало истекших суток | Поступило пациентов (без переведенных внутри больницы) | | | | | | |

| из них | | | | | | | |

| Всего | Сельских жителей | детей в возрасте до 14 лет включительно | Дети 15-17 лет включительно | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| Всего в том числе по койкам | | | | | | | | |

Текст

продолжение таблицы

| Движение пациентов за истекшие сутки | На начало текущего дня | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Переведено пациентов внутри больницы | Выписано пациентов | Умерло | Состоит пациентов | | | | | |

| из других отделений | в другие отделения | Всего | в том числе переведенных в другие стационары | в том числе сельских жителей | детей в возр. до 14 лет включит. | Дети 15-17 лет включительно | | Всего | в том числе сельских жителей | Состоит матерей при

пациентов детях | |

| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |

| Свободное количество коек на начало текущего дня (1 день) | Прогнозное количество свободных коек на ближайшие пять дней | | | | | | | | | | |

| 2 день | 3 день | 4 день | 5 день | 6 день | | | | | | | |

| всего | в т. ч. женских | всего | в т. ч. Женских | всего | в т. ч. женских | всего | в т. ч. женских | всего | в т. ч. женских | всего | в т. ч. женских |

| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |

Глава Список пациентов

| ФИО (при его наличии) поступивших | ФИО (при его наличии) переведенных из других отделений данной больницы | ФИО (при его наличии) переведенных в другие отделения данной больницы | ФИО (при его наличии) переведенных | ФИО (при его наличии) умерших | Примечание | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| ФИО (при его наличии) выписанных | в другие стационары | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Текст

Пояснение по заполнению формы № 005/у "Листок учета движения пациентов и коечного фонда стационара":

Текст

Листок учета пациентов и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении больницы в соответствии со сметой, утвержденной внутренним приказом организации.

Текст

По отделениям, имеющим в своем составе, утвержденные внутренним приказом больницы койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделений, койки для детей в составе неврологического отделения), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении пациентов в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении пациентов по узким специальностям.

Текст

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение пациентов с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены внутренним приказом больницы 3 койки для урологических пациентов; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических пациентов - движение этих пациентов показывается по урологическим

койкам. В то же время, пациенты с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих пациентов показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических пациентов, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. Для получения суммарных данных по больнице сведения из листков отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета пациентов и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Текст

Примечание: Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется медицинской сестрой, то заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета пациентов и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений. В графе 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантином и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах в связи с переполнением отделения.

Текст

Из числа коек, показанных в графе 3. в графе 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

Текст

В графах 5-17 даются сведения о движении пациентов за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших пациентов; числе переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших) и в графе 18 и 19 о числе пациентов, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число пациентов, показанное в графе 18 предыдущего дня переписывается в графе 5 текущего дня.

Текст

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы число пациентов на начало текущего дня (графа 18) было равно сумме чисел пациентов, состоявших на начало предыдущего дня (графа 5), поступивших (графа 6) и переведенных (графа 10), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (графа 11), выписанных (графа 12) и умерших (графа 17), то есть. числам в графа 5 + 6 +10 – 11 – 12 – 17 = графа 18.

Текст

В графах 21-22 указывается количество свободных коек на начало текущего дня в разрезе профилей коек.

Текст

В графах 22-32 даются сведения о прогнозном количестве свободных мест на ближайшие 5 дней в разрезе профилей коек.

Текст

Ежедневно данные о движении пациентов и коечного фонда, заверенные подписью заведующего отделением и руководителя медицинской организации, передаются старшей медицинской сестрой отделения в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации.

Текст

Форма № 006/у "Форма учета переливания крови, ее компонентов"

Пункт 1

1. Дата и время переливания

Пункт 2

2. Кратность переливаний (первичное/повторное)

Пункт 3

3. Номер медицинской карты

Пункт 4

4. Индивидуальный идентификационный номер пациента

Пункт 5

5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Пункт 6

6. Дата рождения пациента

Пункт 7

7. Группа крови и резус принадлежности пациента

Пункт 8

8. Показания к переливанию

Пункт 9

9. Наименование трансфузионной среды

Пункт 10

10. Группа крови и резус принадлежности трансфузионной среды (если применимо)

Пункт 11

11. № этикетки, серия

Пункт 12

12. Организация-изготовитель

Пункт 13

13. Дата заготовки/срок годности

Пункт 14

14. Количество перелитой среды

Пункт 15

15. Способ переливания

Пункт 16

16. Неблагоприятные последствия трансфузии (вид, тяжесть)

Пункт 17

17. Идентификатор лица, проводившего переливание

Форма № 007/у "Форма учета реципиентов крови и ее компонентов"

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Пункт 2

2. ИИН пациента _____

Пункт 3

3. Число, месяц и год рождения

Пункт 4

4. Домашний адрес

Пункт 5

5. Место работы/ учебы/ школа

Пункт 6

6. МО прикрепления

Пункт 7

7. Сроки пребывания в стационаре

Пункт 8

8. Профиль койки

Пункт 9

9. Код МКБ 10

Пункт 10

10. Всего трансфузий доз эритроцитов/доз, плазмы/доз, тромбоцитов/доз, гранулоцитов/доз

Глава Форма № 008/у "Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов" за _____год

| № п/п | Дата поступления трупа | ИИН | ФИО (при его наличии) умершего | Дата рождения | Пол | Кем принят труп (ФИО (при его наличии) | Название отделения или МО откуда поступил труп | № карты стационарного пациента | Название кладбища, где будет захоронен умерший |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| Обоснование выдачи трупов | Кем выдан труп (ФИО (при его наличии) | Дата выдачи трупа или захоронения больницей | По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия | Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта | Фамилия сопровождающего | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |

Глава Форма № 009/у "Акт констатации биологической смерти/изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга"

Текст

Дата и время заполнения

Текст

ИИН

Текст

ФИО (при его наличии)

Текст

№ истории болезни

Текст

Наименование лечебной организации

Текст

Основной диагноз код

Текст

Причина смерти

Текст

Состав комиссии:

Текст

ФИО (при его наличии) заведующего реанимационным отделением, ID

Текст

ФИО (при его наличии) врача-реаниматолога, ID

Текст

ФИО (при его наличии) лечащего врача, ID

Текст

ФИО (при его наличии) судебно-медицинского эксперта, ID

Текст

Констатировали биологическую смерть

Текст

Время констатации биологической смерти

Текст

Заполняется при изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации

Текст

Изъятие донорских органов и тканей произведено после констатации смерти (смерти мозга) пациента по разрешению (наименование лечебной организации, должность, ФИО (при его наличии))

Текст

Производил (и) изъятие донорских органов и тканей врач (и)-хирург (и) ФИО (при его наличии), ID должность

Текст

Способ изъятия донорских органов (описание инструментальных вмешательств и операции)

Текст

При изъятии донорских органов и тканей присутствовали:

Текст

судебно-медицинский эксперт ФИО (при его наличии), ID

Текст

реаниматолог ФИО (при его наличии), ID

Текст

Куда помещены и кому переданы донорские органы и ткани

Текст

Время начала изъятия

Текст

Время окончания изъятия

Текст

Заполняется при констатации смерти на основании смерти мозга:

Текст

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга

Текст

Комиссия құрамы (Состав комиссии):

Текст

ФИО (при его наличии) лечащего врача-реаниматолога, ID

Текст

ФИО (при его наличии) невропатолога, ID

Текст

ФИО (при его наличии) врача-специалиста, ID

Текст

обследовала состояние гражданина и установила:

Пункт 1

1. По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие

Пункт 2

2. По состоянию самостоятельного дыхания

2.1 При разъединительном тесте

Пункт 3

3. По состоянию тонуса мышц

Пункт 4

4. По состоянию зрачков

Пункт 5

5. По рефлекторным реакциям на внешние воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)

Пункт 6

6. При температуре тела

Пункт 7

7. При артериальном давлении

Пункт 8

8. По данным электроэнцефалографических исследований

Пункт 9

9. По данным ангиографии

Пункт 10

10. При сроке наблюдения в течение ____ часов с периодичностью неврологических осмотров через каждые _____ часов

Пункт 11

11. С учетом данных дополнительных исследований (токсикологических, определения метаболизма мозга и др.)

Глава Список сокращений формы № 009/у "Акт констатации биологической смерти/изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга"

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 010/у "Журнал учета консервированного костного мозга"

Текст

Начат окончен

| № п/п | ФИО (при его наличии) донора | Группа крови | Резус принадлежность | Дата заготовки | № этикетки | Подготовка костного мозга к замораживанию | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| охлаждающий раствор | № и дата заготовки крови (сыворотки) АВ (N) группы | № контейнеров | объем костномозговой взвеси в контейнере | общее количество ядросодержащих клеток | жизнеспособность клеток (эозиновая проба) | бактериологический контроль костного мозга перед замораживанием | ФИО врача подготовившего костный мозг к замораживанию | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

Текст

Разворот ф. № 010/у

| Дата замораживания | Размораживание | Куда выдан костный мозг | Дата и время (час., мин.) выдачи | Срок годности | Расписка лица, получившего костный мозг | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | № контейнеров | Объем костного мозга, подготовленного к трансплантации и количество флаконов | Количество ядросодержащих клеток в млрд. | Жизнеспособность клеток (эозиновая проба) | Бактериологический контроль | ФИО врача, проводившего размораживание костного мозга | | | | | |

| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |

Глава Форма № 011/у "Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)"

Текст

Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части органа)

Текст

_____

Текст

Наименование, количество ткани и (или) органа (части органа))

Текст

_____

Текст

Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа)

Текст

_____

Текст

ФИО донора, возраст, пол

Текст

_____

Текст

Группа крови, резус

Текст

_____

Текст

Дата поступления

Текст

_____

Текст

№ истории болезни

Текст

_____

Текст

Диагноз _____

Текст

Время нахождения на искусственной вентиляции легких)

Текст

_____

Текст

Время гипотензии

Текст

_____

Текст

Диурез в последние сутки, часы

Текст

_____

Текст

Фармподготовка донора

Текст

_____

Текст

Период ишемии

Текст

_____

Текст

Особенности изъятия ткани и (или) органа (части органа)

Текст

_____

Текст

Давление при отмывке

Текст

_____

Текст

Степень отмывки

Текст

_____

Текст

Способ консервации органа (части органа), название консервирующего раствора:

Текст

_____

Текст

Срок годности консервирующего раствора: _____

Текст

Дата проведения и результаты исследования иммуноферментного анализа

Текст

(далее - ИФА)

Текст

и (или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее – ПЦР) на: - АИТВ (ВИЧ):

Текст

_____

Текст

- Гепатит В: _____

Текст

- Гепатит С: _____

Текст

- Сифилис: _____

Текст

Период консервации:

Текст

Почки правой _____ левой _____

Текст

Легкой правой _____левой _____

Текст

Сердца

Текст

_____

Текст

Печени

Текст

_____

Текст

Другое

Текст

_____

Текст

ФИО реципиентов 1. _____ 2. _____

Текст

Возраст, группа крови 1. _____ 2. _____

Текст

Иммунологические показатели донора

Текст

_____

Текст

Реципиентов 1. _____ 2. _____

Текст

Функции трансплантата _____

Текст

Название организации здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших изъятие

Текст

и консервацию органа (части органа)):

Текст

_____

Текст

ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию: _____

Текст

День, месяц, год, время – "___"_ _____20 ___ год _____

Глава Форма № 012/у "Статистическая карта выбывшего из стационара" (круглосуточного, дневного) № _____

Текст

Общая часть:

Пункт 1

1. ИИН _____

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии) _____

Пункт 3

3. Дата рождения – "____" _____ 19 ____год

Пункт 4

4. Пол _____

Пункт 5

5. Возраст _____

Пункт 6

6. Национальность _____

Пункт 7

7. Гражданство (справочник стран) _____

Пункт 8

8. Житель

города

села

Пункт 9

9. Адрес проживания _____

Пункт 10

10. Место работы/учебы/детского учреждения _____

Должность _____

Образование _____

Пункт 11

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса _____

Пункт 12

12. Тип возмещения _____

Пункт 13

13. Социальный статус _____

Пункт 14

14. Тип госпитализации

впервые

повторно

при плановой госпитализации указать:

Код госпитализации _____

Для специализированных стационаров дополнительно заполняется:

Цель госпитализации (онкологический профиль, наркологический профиль,

психиатрический профиль) _____

Пункт 15

15. Кем направлен пациент _____

Пункт 16

16. Наименование направившей МО (из регистра МО) _____

Пункт 17

17. Диагноз направившей организации _____

Пункт 18

18. Диагноз при поступлении _____

Пункт 19

19. Вид травмы:

Подпункт 1

1) Бытовая

Подпункт 2

2) Уличная

Подпункт 3

3) ДТП

Подпункт 4

4) Школьная

Подпункт 5

5) Спортивная

Пункт 20

20. Синдром жестокого обращения

из них:

Подпункт 1

1) оставление без внимания или заброшенность

Подпункт 2

2) физическая жестокость

Подпункт 3

3) сексуальная жестокость

Подпункт 4

4) психологическая жестокость

Подпункт 5

5) другие синдромы жестокого обращения

Подпункт 6

6) синдром неуточненного жестокого обращения

Пункт 21

21. Госпитализирован:

с лицом по уходу

с кормящей матерью

Пункт 22

22. Дата и время госпитализации

Пункт 23

23. Отделение, палата №

Пункт 24

24. Находился в реанимации

Пункт 25

25. Профиль койки

Пункт 26

26. Вид транспортировки

Пункт 27

27. Исследование на ВИЧ

Пункт 28

28. Группа крови, резус-фактор

Пункт 29

29. Аллергические реакции

Пункт 30

30. Побочное действие лекарств (непереносимость)

нет

да

название препарата, характер побочного действия

Пункт 31

31. Диагноз заключительный клинический осложнения

Сопутствующее заболевание 1

Сопутствующее заболевание 2

Заполняется в стационарах:

Пункт 1

1. Лист оказанных услуг и медикаментов

| Лист оказанных услуг № Код Единица измерения Количество Лист использованных медикаментов в клиническом отделении № Код Единица измерения Количество Лист

использованных операционных и анестезиологических медикаментов № Код Единица измерения Количество Лист использованных медикаментов по реанимации № Код Единица измерения Количество | № | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | № | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | № | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | № | | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| № | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| № | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| № | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| № | | Код | Единица измерения | Количество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Пункт 2

2. Хирургическая операция

| Дата Время | Название и код операции | Анестезия (код) | Тип операции: 1-экстренная, 2-плановая | Послеоперационное осложнение | Специальная аппаратура (код) | Коды врачей |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Хирургические операции | | | | | | |

| | код наименование | | | код наименование | | Хирург Ассистент |

| | код наименование | | | код наименование | | Хирург Ассистент |

| | код наименование | | | код наименование | | Хирург Ассистент |

| | код наименование | | | код наименование | | Хирург Ассистент |

Текст

Применимо к стационарам, оказывающим помощь наркологическим пациентам:

Текст

Вид употребляемого наркотика:

| | Вид наркотика | Срок регулярного употребления (год) | Возраст первой пробы наркотика | Способ употребления | Частота потребления |

|---|---|---|---|---|---|

| Основной наркотик | | | | | |

| Другой наркотик (1) | | | | | |

| Другой наркотик (2) | | | | | |

Текст

Применимо к стационарам, оказывающим помощь онкологическим пациентам:

Текст

Локализация опухоли

Текст

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Текст

Морфологический тип опухоли

Текст

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Текст

Стадия опухолевого процесса

Текст

Стадия по системе TNM

Текст

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Текст

Локализация отдаленных метастазов*:

Текст

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Текст

для первичной опухоли запущенного процесса:.

Текст

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Текст

при прогрессировании процесса:

Текст

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Текст

Метод подтверждения диагноза

Текст

указать вариантность

Текст

(С81-96 –группа риска)

Текст

Характер проведенного лечения за период данной госпитализации:

Текст

Объем лечения

Текст

Причина неполного лечения

Текст

Вид лечения. Лучевое лечение

Текст

Дата начала курса лучевого лечения

Текст

Способ облучения:

Текст

Облучение внешнее

Текст

Облучение сочетанное

Текст

другие способы облучения

Текст

Вид лучевой терапии

Текст

Методы лучевой терапии:

Текст

Непрерывная

Текст

Фракционирование

Текст

Фракционирование нетрадиционное

Текст

Лучевая терапия

Текст

Использование радиомодификаторов: .

Текст

Суммарная очаговая доза облучения: на опухоль

Текст

гр., на метастазы

Текст

гр.

Текст

Осложнения лучевого лечения: .

Текст

Лучевой терапевт ID

Текст

Дата начала курса химиотерапевтического лечения

Текст

Вид химиотерапии: .

Текст

Применимо к стационарам, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь пациентам:

Текст

Место родов

Текст

Беременность по счету №

Текст

Характер родов

Текст

Которые по счету роды

Текст

Срок беременности на момент прерывания беременности, родов или смерти, недель

Текст

Виды аборта: *при хирургическом.

Текст

Сведения о новорожденном:

| Дата, время рождения | |

|---|---|

| Ребенок родился | |

| Пол ребенка | |

| Доношенный/недоношенный | |

| Физическое развитие ребенка при рождении | Рост Вес Окружность груди Окружность головы |

| Скрининг на наследственную патологию | |

| Аудиологический скрининг | Дата, результат |

| Офтальмологический скрининг | Дата, результат |

| Вакцинация | БЦЖ да нет ІПВ (ОПВ) да нет Гепатит да нет |

| Исход пребывания | |

| Вид смерти по отношению к родам | |

| Наименование диагноза | |

Текст

Новорожденный проходил лечение в роддоме

Текст

да

Текст

нет

Текст

Заключительная часть, заполняется в любых условиях оказания стационарной помощи:

Пункт 1

1. Исход пребывания

Пункт 2

2. Исход лечения

Пункт 3

3. Дата и время выписки (смерти)

Пункт 4

4. Проведено койко-дней

Врач: ФИО (при его наличии), ID.

Заведующий отделением ФИО (при его наличии), ID.

Глава Список сокращений формы № 012/у "Статистическая карта выбывшего из стационара":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |

| 3 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 4 | МО | Медицинская организация |

| 5 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| | Вкладной лист 1 к статистической карте выбывшего из стационара | |

Глава Карта пациента с острым коронарным синдромом № дата заполнения карты

Текст

ОКС:

Текст

нет

Текст

да

Текст

с подъемом ST

Текст

без подъема ST

Пункт 1

1. ОКС с подъемом ST Локализация:

передний

нижний

латеральный

правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

неопределенная

Пункт 2

2. ОКС без подъема ST Локализация:

передний

нижний

латеральный

правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

неопределенная

Пункт 3

3. Дата и время проведения первого ЭКГОД

Время индексного события (начала симптомов ишемии) (время) (дд/мм/) /).

Время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/) (время принятого вызова по сигнальной карте)

Время первого контакта с медицинским персоналом) (дд/мм/).

Место, где случилось событие

дома

на работе

в общественном месте

другое

Место прибытия:

приемный покой

ОРиИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

лаборатория (минуя приемное отделение, ОРиИТ/БИТ/ПИТ)

Пункт 4

4. Факторы риска

Артериальная гипертензия

нет

да

неизвестно

Сахарный диабет

нет

да (диетотерапия, пероральная терапия, инсулинотерапия)

неизвестно

Курение

нет

да (иногда, постоянно)

неизвестно

Алкоголь (наркомания)

нет

да (иногда, постоянно)

неизвестно

Избыточная масса тела

нет

да

неизвестно

Низкая физическая активность

нет

да

неизвестно

Дислипидемия

нет

да

неизвестно

Наследственная предрасположенность

нет

да

неизвестно

Случаи внезапной смерти в семье

нет

да

неизвестно

Другие

нет

да

неизвестно

Пункт 5

5. Предшествующий кардиальный анамнез

Перенесенный инфаркт миокарда

нет

да

неизвестно

Фибрилляция предсердий

нет

да

неизвестно

Стабильная стенокардия напряжения

нет

да

неизвестно

Нестабильная стенокардия

нет

да

неизвестно

АКШ/ТКА

нет

да

неизвестно

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

нет

да

неизвестно

ЭКС/ИКД /СРТ (подчеркнуть)

нет

да

неизвестно Болезни клапанов сердца

нет

да

неизвестно

Кардиомиопатия

нет

да

неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

нет

да (NYNA ФК

I,

II,

III,

IV)

неизвестно

Пункт 6

6. Сопутствующая некардиальная патология

ОНМК

нет

(

1 - геморрагический инсульт,

2 - инфаркт мозга,

3-транзиторная ишемическая атака)

неизвестно

Хроническая болезнь почек (ХБП)

нет

да

неизвестно

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

нет

да

неизвестно

Онкологические заболевания последние 5 лет

нет

да

неизвестно

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии,)

нет

да

неизвестно

ХОБЛ

нет

да

неизвестно

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

нет

да

неизвестно

Семейный анамнез

нет

да

неизвестно

Пункт 7

7. Текущее состояние при поступлении

Симптомы

Дискомфорт/боль в грудной клетке

нет

да

неизвестно

Одышка

нет

да

неизвестно

Остановка сердца

нет

да

неизвестно

Синкопе

нет

да

неизвестно

Гипотензия

нет

да

неизвестно

Слабость

нет

да

неизвестно

Другие симптомы

нет

да

неизвестно

Бессимптомное течение

нет

да

неизвестно

Пункт 8

8. Физикальные данные (при поступлении) ЧСС

уд.в мин

АД систолическое

мм.рт.ст. диастолическое

мм.рт.ст.,

среднее АД

мм.рт.ст.

Пункт 9

9. Сердечная недостаточность (CH) класс по Killip при поступлении

I,

II,

III,

IV

неизвестно

Анализ крови (при поступлении)

Вч-Тропонин I/T (при поступлении)

нет

да

а) Вч-Тропонин I/T (максимальное значение)

МВ-КФК

нет

да

d – димер

нет

да

BNP/pro BNP

нет

да

Гемоглобин

нет

да

Гематокрит

нет

да Тромбоцит

нет

да

Глюкоза

нет

да

Липидный спектр

нет

да,

ЛПНП

нет

да,

ЛПВП

нет

да,

ТГ

нет

да)

Креатинин

нет

да

мкмоль/л

Скорость клубочковой фильтрации креатинина _____ (автоматический расчет)

Калий

нет

да

Магний

нет

да

Кальций

нет

да

Пункт 10

10. Инструментальные методы исследования ЭКГ (при поступлении/ в динамике)

нет

да

Ритм

синусовый

фибрилляция предсердий

ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)

др.

неизвестно QRS

норма

блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)

блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

др.

неизвестно

ST T

с подъемом сегмента ST

без подъема сегмента ST

инверсия зубца Т

нормальная ЭКГ

др.

неизвестно

ЭхоКГ (при поступлении)

нет

да

фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N (>50%)

незначительное снижение (41-50%)

умеренное снижение (31-40%)

выраженное снижение (<30%)

не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Наличие зон нарушенной локальной сократимости:

нет

да (

гипокинезия,

-акинезия)

КТ

нет

да

МРТ

нет

да

Пункт 11

11. Шкалы рисков: Шкала риска ишемии GRACE (категории риска при поступлении)

нет

да

| Клинические признаки | | Баллы |

|---|---|---|

| Возраст (лет) | <30 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 >90 | 0 8 25 41 58 75 91 100 |

| Частота сердечных сокращений (ударов в минуту) | <50 50-69 70-89 90-109 110-149 150-199 >200 | 0 3 9 15 24 38 46 |

| Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.) | <80 80-99 100-119 120-139 140-159 160-199 >200 | 58 53 43 34 24 10 0 |

| Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л) | 0-35.3 35-70 71-105 106-140 141-176 177-353 >354 | 1 4 7 10 13 21 28 |

| Класс сердечной недостаточности (по классификации Killip) | I II III IV | 0 20 39 59 |

| Остановка сердца (на момент поступления пациента) | да | 39 |

| Девиация сегмента ST | да | 28 |

| Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов | да | 14 |

Текст

Количество баллов

Текст

Электронный калькулятор GRACE http://www.outcomes.org/grace

Текст

Электронный калькулятор GRACE 2 (используется при отсутствии данных об уровне креатинина и классах тяжести по Killip)

Текст

http://www.gracescore.org/WebSite/WebVersion.aspx

Текст

Общее количество баллов

Текст

Высокий >140 баллов

Текст

Средний 109 – 140 баллов

Текст

Низкий <108 баллов

Текст

Клиническая оценка риска пациентов стратификация риска пациентов с ОКСбп ST:

Текст

нет

Текст

да

Текст

критерии очень высокий риска

Текст

нет

Текст

да

Текст

гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок

Текст

рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая

Текст

к медикаментозному лечению

Текст

жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца

Текст

механические осложнения ИМ

Текст

острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией

Текст

или отклонением сегмента ST

Текст

повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T,

Текст

особенно с преходящей элевацией сегмента ST

Текст

Критерии высокого риска

Текст

нет

Текст

да

Текст

Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ

Текст

динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или асимптомные)

Текст

Сумма баллов по шкале GRACE >140

Текст

Критерии промежуточного риска

Текст

нет

Текст

да

Текст

Сахарный диабет

Текст

Почечная недостаточность (СКФ <60 мл/мин/1,73м2)

Текст

устойчивая к медикаментозному лечению

Текст

ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность

Текст

Ранняя постинфарктная стенокардия

Текст

недавнее проведение ЧКВ

Текст

предшествующее АКШ

Текст

<140 (Сумма баллов по шкале риска GRACE >109 и <140) Критерии низкого риска

Текст

нет

Текст

да

Текст

Любые характеристики, не перечисленные выше (нет повторных симптомов ишемии, нет изменений. ЭКГ, нет повышения уровня тропонинов)

Глава Шкала риска кровотечения CRUSADE

| Показатель (предиктор) | Интервал значений | Баллы |

|---|---|---|

| Исходный гематокрит (%) | < 31 31-33.9 34-36.9 37-39.9 > 40 | 9 7 3 2 0 |

| *Клиренс креатинина | < 15 >15-30 >30-60 >60-90 >90-120 >120 | 39 35 28 17 7 0 |

| Частота сердечных сокращений (уд/мин) | < 70 71-80 81-90 91-100 101-110 111-120 > 121 | 0 1 3 6 8 10 11 |

| Пол | Мужской Женский | 0 8 |

Текст

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE электрондық): http://www.crusadebleedingscore.org/общее количество баллов

Текст

риск кровотечений CRUSADE

Текст

нет

Текст

да

Пункт 12

12. Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений

(при фибрилляции предсердий)

Общее число баллов:

(при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта

(необходимо назначить антикоагулянтную терапию)

Пункт 13

13. Лечение

| Наименование | Получал до поступления | Назначено и получал в стационаре | |

|---|---|---|---|

| первые сутки госпитализации (до 24 часов) | позже 24 часов | | |

| Ацетилсалициловая кислота | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Тикагрелор | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Клопидогрел | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| * Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| НФГ (гепарин) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Фонда паринукс | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| ТМГ(эноксапарин) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| *Бивалирудин (только при наличии в анамнезе гепарининдуцированной тромбоцитопении) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| b-блокаторы (метопролол в ампулах) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| b-блокаторы (метопролол-тартрат) короткого действия | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Нитроглицерин (таблетки*ампулы,аэрозоль) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Нитраты короткого действия (мононитраты) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| ИАПФ короткого действия | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Наркотический анальгетик (морфин в ампулах) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Статины | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Амиодарон | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Другие антиаритмики | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Инсулин | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Сахароснижающие препараты | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты** | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Антагонисты альдостерона (Спиронолактон /*эклеренон | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Диуретики | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин) | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Дигоксин | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Кардиоверсия дефибриляция | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| Механические устройства поддержки кровообращения | да нет неизвестно | да Экстракорпоральная мембранная оксигенация Impella Внутриаортальная баллонная контрпульсация другие неизвестно | да Экстракорпоральная мембранная оксигенация Impella Внутриаортальная баллонная контрпульсация другие неизвестно |

| гипотермия | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

| ИВЛ | да нет неизвестно | да неизвестно | да неизвестно |

Текст

* Непатентованное название препаратов

Текст

**Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

Текст

***Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

| Буква | Клиническая характеристика | Баллы |

|---|---|---|

| H | Гипертензия | 1 |

| A | Нарушение функции почек и (1 балл каждое) | 1+1 |

| S | Инфаркт мозга | 1 |

| B | Кровотечение | 1 |

| L | Лабильное МНО | 1 |

| E | Пожилой возраст (>66 лет) | 1 |

| D | Лекарства или алкоголь (1 балл каждое) | 1+1 |

| Максимальное число баллов | 9 | |

Текст

Общее число баллов:

Текст

(при сумме баллов 3 и более есть риск развития кровотечения

Текст

(необходимо с осторожностью назначать антикоагулянтную терапию)

Пункт 14

14. Тромболитическая терапия

нет

Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

позднее обращение (более 12 часов)

противопоказания

абсолютные

относительные

нет

ЭКГ критериев

первичное ЧКВ

да

время начала проведения тромболизисной терапии (дд/мм/) /).

время окончания проведения тромболизисной терапии (дд/мм/).

Пункт 15

15. Этап проведения тромболитической терапии

Догоспитальный

Госпитальный

приемный покой

ПИТ/БИТ

др.

неэффективная

эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные аритмии

Пункт 16

16. Препарат

а) тип препарата:

фибринспецифичный

нефибринспецифичный

б) наименование препарата:

актилизе

тенектеплаза

ретеплаза

др.

в) доза

полная доза

половинная доза

Наличие осложнений тромболизиса

нет

да

Коронароангиография

Да

Дата.

Название код услуги

нет

неизвестно

Сосудистый доступ:

радиальный

бедренный

Нормальная КАГ:

нет

да

Если нет:

| | Ствол ЛКА | ПНА | ОВ | ПКА | Шунт | др. |

|---|---|---|---|---|---|---|

| окклюзия | | | | | | |

| стеноз>50% | | | | | | |

| стеноз<50% | | | | | | |

| коронароспазм | | | | | | |

| Инфаркт зависимая артерия | | | | | | |

| Интактные | | | | | | |

Текст

Многососудистое поражение

Текст

0,

Текст

1

Текст

2,

Текст

3 (и более)

Текст

неизвестно

Текст

Кровоток по TIMI в ИЗА или симптомном сосуде:

Текст

0

Текст

1

Текст

2

Текст

3

Текст

Выбор метода реваскуляризации (при наличии)

Текст

Syntax шкаласы (Шкала Syntax)

Текст

нет

Текст

да

Текст

общее количество баллов

Текст

Выбор консилиума "группа Сердце"

Текст

нет

Текст

да

Текст

Чрескожное коронарное вмешательство

Текст

Название код операции

Текст

Дата и время раздувания баллона/установки стента.

Текст

ОКС с подъемом ST:

Текст

Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания

Текст

неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса

Текст

ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

Текст

избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии

Текст

миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

Текст

без реперфузионного лечения

Текст

ОКС без подъема ST:

Текст

срочное ЧКВ <2часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожаюшие аритмии ЖТ/ФЖ)

Текст

ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

Текст

поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

Текст

(консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

| | Ствол ЛКА | ПНА | ОВ | ПКА | Шунт | др. |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Стент с покрытием | | | | | | |

| Стент без покрытия | | | | | | |

| Аспирация тромба | | | | | | |

| Только баллонная ангиопластика | | | | | | |

| Измерение Фракционного резерва кровотока и других исследований | | | | | | |

| Степень восстановления коронарного кровотока по критериям TIMI-III в ИЗА или симптомном сосуде | 0, 1, 2, 3 | 0, 1, 2, 3 | 0, 1, 2, 3 | 0, 1, 2, 3 | 0, 1, 2, 3 | 0, 1, 2, 3 |

Текст

Рестеноз внутри стента

Текст

нет

Текст

да

Текст

Вовлечение бифуркаций

Текст

нет

Текст

да

Текст

Применение тромбоэктомических устройств:

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Пункт 17

17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ

нет

да

тромбоз стенда

периоперационный ИМ

кровотечение

мозговой инсульт

контраст индуцированная нефропатия

пульсирующая гематома в области бедренного доступа

неизвестно

смерть

неизвестно

Успешное ЧКВ:

нет

да

неизвестно

Полная реваскуляризация:

нет

да

неизвестно

более 1 процедуры во время стационарного лечения:

нет

да

неизвестно

аорто-коронарное шунтирование

нет

да

неизвестно

название код. код. код операции

нет

Да дата начала АКШ.

экстренно

до 4-6 часов от начала заболевания

до 24 часов

свыше 72 часов

Шунты:

вена

ЛГА

ПГА

др.

осложнения, связанные с операцией:

периоперационный ИМ

неврологический дефицит

кровотечение

нарушение ритма и проводимости сердца

медиастенит

нестабильность грудины

другие имплантация электрокардиостимулятора

нет

да

экстренная

плановая название код. код. код операции

временный ЭКС

однокамерные

двухкамерные

постоянный ЭКС

однокамерные

двухкамерные

другое

имплантация Кардиовертела-дефибриллятора

нет

да

неизвестно

экстренная

плановая

название код. код. код операции

Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ)

Нет

да

Название и код операции код. код.

Другие операции:

нет

да

неизвестно

экстренная

плановая

название код. код. код операции

Пункт 18

18. Осложнения на госпитальном этапе.

СН класс по Killip

I

II

III

IV

неизвестно

| Рецидив ИМ | нет да неизвестно |

|---|---|

| ФП (впервые возникшая) | нет да неизвестно |

| ЖТ | нет да неизвестно |

| АВ блокада II-III ст. | нет да неизвестно |

| Механические осложнения* | нет да неизвестно |

| Инсульт | нет да неизвестно |

| Кровотечения | нет да неизвестно |

| Трансфузия крови | нет да неизвестно |

| Низкий гемоглобин | нет да неизвестно |

| ОПН (контраст-индуцированная) нефропатия) | нет да неизвестно |

| другие | нет да неизвестно |

Пункт 19

19. Операции при механических осложнениях ИМ

нет

да

дата название код. код. код операции

Пункт 20

20. Исследования при выписке

ЭКГ при выписке:

синусовый

ФП

новый ИМ с подъемом ST

нет изменений

ЭХоКГ при выписке

фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N (>50%)

незначительное снижение (41-50%)

умеренное снижение (31-40%)

выраженное снижение (<30%)

не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка

СН класс по Killip при выписке

I

II

III

IV

неизвестно

Стресс тест при выписке:

нет

да

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Результат теста отрицательный

Результат теста положительный (стресс-индуцированная ишемия миокарда)

Другие диагностические исследования:

нет

да

при ОКС без подъема низкого риска

МРТ

другое

Пункт 21

21. Заключительный диагноз:

Диагноз, код Тип инфаркта

Пункт 22

22. Заключительный клинический диагноз

| | Диагнозы | код | Тип инфаркта |

|---|---|---|---|

| Заключительный клинический диагноз | код. код. | 1. | |

| 2. | | | |

| Осложнения* | код. код. | | |

| Сопутствующее заболевание 1 | код. код. | | |

| Сопутствующее заболевание 2 | код. код. | | |

Текст

*При хронической сердечной недостаточности ХСН (функциональный класс по NYNA)

Текст

I,

Текст

II,

Текст

III,

Текст

IV Исходы ОКС:

Текст

ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

Текст

прерванный ИМ

Текст

ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

Текст

другие заболевания:

Текст

тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)

Текст

расслаивающая аневризма аорты

Текст

кардиомиопатия такотсубо

Текст

Миокардит

Текст

другие диагнозы

| | Вкладной лист 2 к статистической карте выбывшего из стационара |

|---|---|

Текст

Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения № дата заполнения карты

Текст

ишемический

Текст

геморрагический

Текст

транзиторная ишемическая атака

Текст

состоит ли пациент на Д учете

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

антикогаулянтную терапию

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

антиагрегантную терапию

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

статины

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Подтип ишемического инсульта:

Текст

атеротромботический

Текст

артерио-артериальные эмболии

Текст

тромбозы мозговых сосудов

Текст

кардиоэмболический

Текст

гемодинамический

Текст

лакунарный

Текст

по типу гемореологической микрооккклюзии

Текст

Время первых симптомов ОНМК от индексного события (время):

Текст

Место, где случилось событие:

Текст

дома

Текст

на работе

Текст

в общественном месте

Текст

др.

Текст

Факторы риска

Текст

Артериальная гипертензия

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Сахарный диабет

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Заболевания крови

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Стенозирующие изменения магистральных сосудов

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Курение

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Алкоголь

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Избыточная масса тела

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Дислипидемия

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Наследственная предрасположенность

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Случаи внезапной смерти в семье

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Гормональная заместительная терапия

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Беременность

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Контрацептивы

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Другие

Текст

Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез

Текст

Предшествующий диагноз инсульта

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно)

Текст

Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Перенесенный инфаркт миокарда

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Ишемическая болезнь сердца

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно АКШ/ТКА

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно АКШ/ЧКВ

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно ЭКС/ИКД

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Болезни клапанов сердца

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Кардиомиопатия

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Хроническая сердечная недостаточность

Текст

нет

Текст

да (NYNA ФК

Текст

I,

Текст

II,

Текст

III,

Текст

IV)

Текст

неизвестно

Текст

Фибрилляция предсердий

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Мерцательная аритмия

Текст

нет

Текст

да

Текст

неизвестно

Текст

Уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, Балл:

Текст

от 15 баллов – сознание ясное

Текст

от 13 до 14 - оглушение умеренное

Текст

от 10 до 12 - оглушение глубокое

Текст

от 8 до 9 – сопор

Текст

от 6 до 7-кома умеренная

Текст

от 4 до 5 - кома глубокая

Текст

от 3 - кома терминальная

Текст

Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS:

Текст

дефицит минимальный

Текст

дефицит средний

Текст

дефицит тяжелый

Текст

дефицит крайне тяжелый

Текст

Указать балл по шкале NIHSS

Текст

Шкала Рэнкина

Текст

1 степень - отсутствие признаков инвалидности

Текст

2 степень - наличие легких признаков инвалидности

Текст

3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности

Текст

4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности

Текст

5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности

Текст

Пьет глоток воды без затруднений:

Текст

нет

Текст

да

Текст

Проведена ли Компьютерная Томография? (КТ):

Текст

нет

Текст

да; дата.

Текст

а) инфаркт в текущий момент:

Текст

нет

Текст

да

Текст

б) кровоизлияние в текущий момент:

Текст

нет

Текст

да, уточните характер кровоизлияния:

Текст

субарахноидально

Текст

паренхиматозное

Текст

ствол мозга

Текст

вентрикулярное

Текст

субтенториальное

Текст

Проведена ли КТА?:

Текст

нет

Текст

да

Текст

Аневризма

Текст

нет

Текст

да

Текст

АВМ

Текст

нет

Текст

да

Текст

Стеноз сосудов

Текст

нет

Текст

да

Текст

Окклюзию сосуда)

Текст

нет

Текст

да

Текст

Проведена ли МРТ?

Текст

нет

Текст

да

Текст

Дата. инфаркт

Текст

нет

Текст

да кровоизлияние

Текст

нет

Текст

да

Текст

аневризма

Текст

нет

Текст

да

Текст

АВМ

Текст

нет

Текст

да

Текст

стеноз сосуда

Текст

нет

Текст

да

Текст

тромбоз сосуда

Текст

нет

Текст

да

Текст

Медикаментозная терапия

Текст

тромболитическая терапия

Текст

нет

Текст

да

Текст

Гипотензивная терапия

Текст

нет

Текст

да

Текст

Антиагрегантная терапия

Текст

нет

Текст

да

Текст

Антикоагулянтная терапия

Текст

нет

Текст

да

Текст

Статины

Текст

нет

Текст

да

Текст

Есть ли карта индивидуальной программы реабилитации?

Текст

нет

Текст

да

Текст

Консульттации каких специалистов МДК были проведены?

Текст

невролог

Текст

нейрохирург

Текст

реабилитолог

Текст

логопед

Текст

эрготерапевт

Текст

психиатр

Текст

иглорефлексотерапевт

Текст

кинезиотерапевт

Текст

Какие базовые мероприятия были проведены в индивидуальной программе реабилитации пациента?

Текст

позиционирование

Текст

поэтапная вертикализация

Текст

ЛФК индивидуально

Текст

Проводились ли занятия при нарушении речи с логопедом?

Текст

только диагностика

Текст

занятия по восстановлению речи, чтения, письма

Текст

Проводились ли занятия при двигательных нарушениях?

Текст

занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания

Текст

индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей

Текст

биоуправление/БОС,

Текст

физиотерапия

Текст

Определение реабилитационного потенциала

Текст

благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

Текст

неблагоприятный (уход на дому)

Текст

Тесты по оценке состояния перед реабилитацией:

Текст

а) индекс Бартеля указать балл

Текст

нет

Текст

да заключение

Текст

от 0 до 25 соответствует полной зависимости пациента

Текст

от 25 до 65 — выраженной зависимости

Текст

от 65 до 90 — умеренной зависимости

Текст

от 91 до 99 — легкой зависимости

Текст

100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

Текст

б) Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) Mini-Mental State Examination (MMSE)

Текст

нет

Текст

да заключение

Текст

нет нарушений когнитивных функций

Текст

преддементные когнитивные нарушения

Текст

деменция легкой степени выраженности

Текст

деменция умеренной степени выраженности

Текст

тяжелая деменция

Текст

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

Текст

нет

Текст

да заключение

Текст

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени;

Текст

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

Текст

11 и более - независим (использует вспомогательные приспособления) г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

Текст

нет

Текст

да заключение

Текст

указать балл

Текст

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

Текст

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

Текст

3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

Текст

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

Текст

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Текст

Была ли проведена системная тромболитическая терапия?

Текст

нет, причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

Текст

да, дата и время начала терапии. Какая доза использовалась?

Текст

доза

Текст

Наличие осложнений после тромболизиса

Текст

нет

Текст

да, указать какие Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса Балл по шкале NIHSS

Текст

Оценка состояния на 7 сутки после проведения тромболизиса Балл по шкале NIHSS

Текст

Проводилась ли механическая тромбэкстракция?

Текст

нет

Текст

да дата и время начала терапии.

Текст

дата и время начала терапии. Название нейрохирургической операции Код операции

Текст

нет

Текст

да дата (дд/мм/).

Текст

до 6 часов от начала заболевания

Текст

до 24 часов

Текст

свыше 72 часов

Текст

Осложнения, связанные с операцией:

Текст

код наименование

Текст

а) Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS после операции, балл

Текст

0-3- дефицит минимальный

Текст

4-10: дефицит средний

Текст

10-21: дефицит тяжелый

Текст

>21: дефицит крайне тяжелый

Текст

б) индекс Бартеля указать балл

Текст

нет

Текст

да заключение

Текст

от 0 до 25 соответствует полной зависимости пациента

Текст

от 25 до 65 — выраженной зависимости

Текст

от 65 до 90 — умеренной зависимости

Текст

от 91 до 99 — легкой зависимости

Текст

100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

Текст

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

Текст

нет

Текст

да заключение

Текст

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение

Текст

действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

Текст

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

Текст

11 и более -независим (использует вспомогательные приспособления).

Текст

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл

Текст

нет

Текст

да заключение текста.

Текст

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

Текст

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

Текст

3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

Текст

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

Текст

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Текст

Находился в нейрореанимации (ПИТ/БИТ):

Текст

нет,

Текст

да количество дней

Текст

Форма № 013/у "Форма учета отделения (палаты) новорожденных"

Пункт 1

1. № истории родов и истории развития новорожденного

Пункт 2

2. Откуда ребенок поступил в отделение и дата поступления

Пункт 3

3. Индивидуальный идентификационный номер и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери

Пункт 4

4. Дата и время рождения новорожденного

Пункт 5

5. Пол

Пункт 6

6. Рост, см

Пункт 7

7. Вес, гр

Пункт 8

8. Оценка по шкале Апгар; доношенный/недоношенный

Из учетной формы № 001/у

Пункт 9

9. Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся пациентами (заболевшими)

Пункт 10

10. Информация о вакцинации

Из учетной формы № 001/у при выписке

Пункт 11

11. Исход пребывания

Пункт 12

12. Вес новорожденного при выписке (переводе)

Пункт 13

13. Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка да, нет)

Форма № ТБ 014/у "Медицинская карта пациента туберкулезом №___"

Дата регистрации Дата госпитализации

I. Информация о пациенте:

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Регистрационный №

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Пол

мужской

женский

Пункт 6

6. Возраст

Пункт 7

7. Национальность, гражданство

Пункт 8

8. Житель

города

села

БОМЖЫЛ

Пункт 9

9. Адрес фактического проживания

Пункт 10

10. ФИО (при его наличии) близкого лица

Пункт 11

11. Адрес близкого лица

II. Выявление:

Пункт 1

1. Обращение

группа риска

обязательный контингент

прочие 2. Профосмотр

группа риска

обязательный контингент

прочие

Пункт 3

3. Посмертное

группа риска

обязательный контингент

прочие

Пункт 4

4. Дата появления первого симптома

Пункт 5

5. Дата обращения в ПМСП.

Пункт 6

6. Дата обращения в противотуберкулезную организацию– при наличии (далее –ПТО).

III. Социально-профессиональный статус

IV. Факторы риска:

туберкулез (далее – ТБ);

беременность;

туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)

не вакцинирован БЦЖЫЛ

туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – ШЛУ ТБ);

сахарный диабет;

наркомания;

злоупотребление алкоголем;

нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;

ВИЧ;

неизвестен.

женщины в послеродовом периоде до 1 года;

V. Тип пациента

VI. Локализация и форма туберкулеза:

Диагноз

Осложнения туберкулезного процесса

нет

да

VII. Результаты исследования:

Пункт 1

1. Наименование исследования

Пункт 2

2. Дата исследования

Пункт 3

3. Результат исследования

Пункт 4

4. Посев мокроты (метод)

Пункт 5

5. Рентген снимки (дата, результат)

Пункт 6

6. Гистологически верифицирован

VIII. Информация о лечении:

Пункт 1

1. МО в интенсивной фазе

Пункт 2

2. МО в поддерживающей фазе

Пункт 3

3. Дата начала лечения

Пункт 4

4. Дата окончания лечения

Пункт 5

5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

IX. Категория и схема лечения:

Пункт 1

1. Интенсивная фаза (дата начала лечения, дата окончания лечения, наименование)

Пункт 2

2. Поддерживающая фаза (дата начала лечения, дата окончания лечения, наименование)

Антиретровирусная терапия начата:

да

нет

Если начато, дата начала.

Профилакт.

терапия котримоксазолом начата:

да

нет Если начато, дата начала.

X. Противотуберкулезные препараты (лист назначений)

Пункт 1

1. Дата начала приема

Пункт 2

2. Наименование препарата (в интенсивной фазе, в поддерживающей фазе)

Пункт 3

3. Единица измерения

Пункт 4

4. Доза (мг)

Пункт 5

5. Объективные измерения пациента

XI. Дата окончания лечения.

XII. Исход лечения

Если пациент умер:

Дата смерти Место смерти

XIII. Диагноз снят

Диагноз окончательный

Примечания:

Фтизиатр ФИО (при его наличии), ID

Заполняется при смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного сопутствующий

Врач ФИО (при его наличии), ID

Глава Список сокращений формы № ТБ 014/у "Медицинская карта пациента туберкулезом":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МО | Медицинская организация |

| 4 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 5 | ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |

| 6 | БОМЖ | Без определенного места жительства |

| 7 | ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |

| 8 | ПТО | Противотуберкулезные организации |

| 9 | БЦЖ | Вакцина против туберкулеза |

| 10 | МИС | Медицинская информационная система |

| 11 | ТЛЧ | Тестирование на лекарственную чувствительность |

Глава Форма № ТБ 015/у "Медицинская карта пациента туберкулезом категории IV" №____

Текст

Дата регистрации

Текст

Дата госпитализации

Текст

I. Информация о пациенте:

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Регистрационный №

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Пол

мужской

женский

Пункт 6

6. Возраст

Пункт 7

7. Национальность

Пункт 8

8. Гражданство

Пункт 9

9. Житель

города

села

БОМЖЫЛ

Пункт 10

10. Адрес фактического проживания

Пункт 11

11. ФИО (при его наличии) близкого лица

Пункт 12

12. Адрес близкого лица область район город улица дом квартира

II. Выявление:

Пункт 1

1. Обращение

группа риска

обязательный контингент

прочие

Пункт 2

2. Профосмотр

группа риска

обязательный контингент

прочие

Пункт 3

3. Посмертное

группа риска

обязательный контингент

прочие

Дата появления первого симптома

III. Эпизоды предыдущего лечения

| № | Дата нач. лечения | тип | Схема лечения | Исход | Дата окон. леч. |

|---|---|---|---|---|---|

| 1 | | | | | |

Текст

IV. Факторы риска:

Текст

туберкулез (далее – ТБ);

Текст

нахождение в местах лишения свободы

Текст

туберкулез с множественной за последние 2 года; лекарственной устойчивостью –

Текст

ВИЧ; при наличии (далее – МЛУ ТБ)

Текст

неизвестен.

Текст

туберкулез с широкой лекарственной

Текст

женщины в послеродовом периоде устойчивостью – при наличии (далее – до 1 года; ШЛУ ТБ);

Текст

беременность;

Текст

сахарный диабет;

Текст

не вакцинирован БЦЖЫЛ

Текст

наркомания;

Текст

злоупотребление алкоголем;

Текст

V. Социально-профессиональный статус

Текст

VI. Тип пациента:

Текст

VII. Локализация и форма туберкулеза:

Текст

Диагноз Осложнения туберкулезного процесса

Текст

нет

Текст

да

Текст

VIII. Причина перевода в категорию IV.

Текст

IX. Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии (далее – ВКК):

Пункт 1

1. Форма ТБ

Пункт 2

2. Дата проведения ВКК

Пункт 3

3. Принятое решение при МЛУ ТБ:

Пункт 4

4. Заключение при МЛУ ТБ.

Пункт 5

5. Причина не назначения. при ШЛУ ТБ:

Пункт 6

6. Заключение при ШЛУ ТБ.

Пункт 7

7. Причина не назначения.

Пункт 8

8. Дата перевода на другой режим.

X. Информация о лечении:

Пункт 1

1. МО в интенсивной фазе

Пункт 2

2. МО в поддерживающей фазе

Пункт 3

3. Дата начала лечения

Пункт 4

4. Дата окончания лечения

Пункт 5

5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

Для пациентов с положительным результатом по 113 коду:

Антиретровирусная терапия начата:

профилактическая терапия котримоксазолом начата

XI. Результаты исследования:

Пункт 1

1. Наименование исследования

Пункт 2

2. Дата исследования

Пункт 3

3. Результат исследования

Пункт 4

4. Посев мокроты (метод)

Пункт 5

5. Рентген снимки (дата, результат)

XII. Противотуберкулезные препараты (лист назначений) категории IV

Пункт 1

1. Наименование препарата

Пункт 2

2. Дата начала лечения

Пункт 3

3. Единица измерения

Пункт 4

4. Доза (мг)

Пункт 5

5. Изменение дозы и отмена приема лекарств

Пункт 6

6. Объективные измерения пациента

XIII. Дата окончания лечения

XIV. Исходы лечения

Если пациент умер:

Дата смерти.

Место смерти

XV. Диагноз снят.

Примечания:

Фтизиатр ФИО (при его наличии), ID.

Примечание:

Заполняется при смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного сопутствующий

Врач ФИО (при его наличии), ID

Глава Список сокращений формы № ТБ 015/у категории IV "Медицинская карта пациента туберкулезом категории IV":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МО | Медицинская организация |

| 4 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 5 | ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |

| 6 | БОМЖ | Без определенного места жительства |

| 7 | ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |

| 8 | ПТО | Противотуберкулезные организации |

| 9 | БЦЖ | Вакцина против туберкулеза |

| 10 | МИС | Медицинская информационная система |

| 11 | ТЛЧ | Тестирование на лекарственную чувствительность |

Глава Форма № ТБ 016/у "Форма учета регистрации пациентов туберкулезом"

Пункт 1

1. Дата регистрации

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 3

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Пол

Пункт 6

6. Адрес проживания

Пункт 7

7. Организация (в интенсивной фазе/в поддерживающей фазе)

Пункт 8

8. Типы пациентов

Пункт 9

9. Категория лечения

Пункт 10

10. Дата начала лечения

Пункт 11

11. Мониторинг лечения

Пункт 12

12. Метод диагностики

Пункт 13

13. Мероприятия по ВИЧ/СПИД

Пункт 14

14. Исход пребывания

Глава Форма № ТБ 017/у "Журнал регистрации пациентов туберкулезом категории IV"

Текст

левая часть

Текст

_____ область _____ район

| Регод № | Дата регистрации | ФИО (при его наличии) | ИИН | Пол | Дата рождения | Адрес фактического проживания | Мед организация в интенсивной фазе |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

продолжение таблицы

| Регод№ в ТБ 03 (дата рег-ии) | Локализация (Л/ВЛ) | Тип | Получал ПВР | Подтвержден МЛУ ТБ | Подозрение на МЛУ ТБ | Подтвержден ШЛУ ТБ | Подозрение на ШЛУ ТБ | Схема лечения |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата начала лечения | | | | | | | | |

Текст

ПВР - препараты второго ряда; ПТР - препараты третьего ряда;

| Метод диагностики | Дата взятия материала на ТЛЧ | Результат ТЛЧ**, по которому пациент регистрирован в категорию IV. Если ТЛЧ в ожидании, то результат вносится позже. См. карту лечения для полной истории результатов ТЛЧ. **Уст – устойчив, Ч – чувствителен П – пророст (результат/дата) | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Л-Й | Бактек | Молекулярный | | | | | | | | |

| H | R | E | S | Z | Cm | Km | Am | Cs | Pto/ Eto | PAS | Ofx | Lfx |

| Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат) | | | | | | | | | | | | |

| Месяц | | | | | | | | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | |

| М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | |

| Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | | | | | | | |

Текст

продолжение таблицы

| Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат) | | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Месяц | | | | | | | | | | | | |

| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | |

| М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П |

| Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | | | | | | | |

Текст

*1- Новый; 2- Рецидив; 3- Нарушение режима; 4- НЛ после I кат; 5 - НЛ после II кат; 6 - НЛ после III кат; 7 - Переведен; 8 - Другие: 8.1 –рецидив МБТ (-); 8.2 - лечение после перерыва МБТ (-); 8.3 –неудача лечения МБТ (-); 8.4 –симптоматическое лечение. Молекулярный: Хайн-тест, G-Xper

Текст

средняя часть

| Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Айлар/Месяц | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 12 | 13 | 14 | 15 | 18 | 21 | 24 | 27 | 30 | 33 | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | П |

| Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | Лаб № | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Текст

правая часть

| Исходы лечения (дата) | Мероприятия по ВИЧ/СПИД (результат/ дата) | Примечание | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Вылечен | Лечение завершено | Неудача лечения | Нарушение режима лечения | Переведен | Умер | Тест | АРТ | ПТК | |

| От ТБ | От других причин | | | | | | | |

| В стационаре | Не в стационаре | | | | | | | | |

Текст

Аббревиатура лекарств: ПТП первого ряда: H – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

Текст

ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левофлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – П-аминосалициловая кислота;

Текст

АРТ – антиретровирусная терапия, ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

Глава Форма № ТБ 018/у "Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов"

Текст

Дата начала ведения

Текст

Международное непатентованное наименование и дозировка

Текст

Торговое название Производитель Страна-производитель

Текст

Накладная поставщика №

Текст

Форма выпуска:

Текст

Единица измерения: Серия

Текст

Срок годности.

| № п/п | Дата (день, месяц) | Остаток на начало года, дня, месяца | Приход Количество | Всего приход с остатком |

|---|---|---|---|---|

| По разнарядке | № накладной | Из других учреждений, ведомств | № накладной | Кол-во |

Текст

продолжение таблицы

| Расход | Всего расход | Остаток на конец дня, месяца | Примечания (возврат, потери) | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Куда (ПМСП, ПТО, район, отделение, пост) | № Накладной | Кол-во ПТП | В самом учреждении | В другие (районы, ПТО ПМСП) | | |

Глава Список сокращений формы № ТБ 018/у "Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов":

| 1 | ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |

|---|---|---|

| 2 | ПТО | Противотуберкулезные организации |

| 3 | ПТП | Противотуберкулезные препараты |

| | Приложение 2 к приказу Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2025 года № 64 |

|---|---|

| | Приложение 2 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

|---|---|

Глава Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

Глава Форма № 019/у "Форма учета операций/манипуляций"

Пункт 1

1. Дата и время операции

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 3

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Адрес проживания

Пункт 6

6. Кем направлен

Пункт 7

7. Взято на гистологию

Пункт 8

8. Диагноз (до, после операции/манипуляции)

Пункт 9

9. Код и название операции/манипуляции

Пункт 10

10. Метод обезболивания

Пункт 11

11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор врача, ассистента врача, операционной сестры/медицинской сестры

Форма № 020/у "Форма учета родов"

Пункт 1

1. Дата и время обращения

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 3

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) роженицы

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Адрес проживания

Пункт 6

6. Которая беременность, которые роды

Пункт 7

7. Роды в срок или преждевременные

Пункт 8

8. Психопрофилактическая подготовка к родам

Пункт 9

9. Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)

Пункт 10

10. Осложнения в родах. Экстрагенитальные заболевания

Пункт 11

11. Операции, пособия в родах (указать какие)

Пункт 12

12. Дата и время родов (число, месяц, час, минута)

Пункт 13

13. Сведения о новорожденном (живой/мертвый, пол)

Пункт 14

14. Кто принимал роды (врач, акушерка), фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор

Форма № 021/у "Форма учета медицинского освидетельствования, справок"

Пункт 1

1. Дата и время проведения освидетельствования или выдачи справки

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 3

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Место жительства

Пункт 6

6. Кем направлен (заполняется при наличии направления)

Пункт 7

7. № направления (заполняется при наличии направления)

Пункт 8

8. Причина направления (заполняется при наличии направления)

Пункт 9

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) доставившего (заполняется при наличии направления)

Пункт 10

10. Заключение

Пункт 11

11. Идентификатор сотрудника, выполнившего освидетельствование или выдавшего справку

Глава Форма № 022/у "Карта диализа" №____

Текст

Общая часть

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Гражданство

Пункт 8

8. Житель

города

села

Адрес проживания

Пункт 9

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность

Пункт 10

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 11

11. Группа инвалидности

Пункт 12

12. Тип возмещения

Пункт 13

13. Социальный статус

Пункт 14

14. Наименование направившей МО (из регистра МО)

Пункт 15

15. Диагноз основной код наименование

Пункт 16

16. Фоновые заболевания код наименование

Глава Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

| ФИО (при его наличии) родственника | Кем приходится | Телефон |

|---|---|---|

Пункт 17

17. Дата начала лечения гемодиализом

Пункт 18

18. Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

Пункт 19

19. Дата проведения: начало, окончание

Пункт 20

20. Гемодиализ №

Аппарат №

Пункт 21

21. Тип диализатора:

низко поточный

высоко поточный

размер

м2, производитель

Пункт 22

22. Гемодиализ:

бикарбонатный

Пункт 23

23. Профиль ультрафильтрации:

ИУФ

УФ

Na

Пункт 24

24. Сосудистый доступ:

A-V фистула

протез

катетер

Пункт 25

25. Антикоагулянт:

гепарин

клексан

фраксипарин

Пункт 26

26. Доза

ед.

Пункт 27

27. Способ

общая

дозированная

регинональная

Пункт 28

28. Скорость кровотока

мл/мин. Скорость потока диализата

мл/мин

Пункт 29

29. Назначенное время ГД

ч. Эффективное время ГД

ч.

Пункт 30

30. Сухой вес

Пункт 31

31. Вес до ГД

, вес после ГД

Пункт 32

32. Ультрафильтрация

Пункт 33

33. Артериальное давление:

| | До ГД | 1 час | 2 часа | 3 часа | 4 часа | после ГД |

|---|---|---|---|---|---|---|

| АД | | | | | | |

Пункт 34

34. Лекарственные препараты

| Наименование препарата | Ед. из. | Количество |

|---|---|---|

Пункт 35

35. Технические осложнения

Пункт 36

36. Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении:

Пункт 37

37. Причина прекращения лечения гемодиализом

Пункт 38

38. Проведено процедур гемодиализа: _____

ФИО (при его наличии) лечащего врача, ID

ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника ГД, ID

Применимо при: PET оценочный лист

Дата проведения:

№ МКСБ

Вес:

Рост:

Возраст:

BSA (m2):

BW(L):

Ночной залив: р-р

Время задержки:

Объем залива:

Объем слива:

PET: р-р

Начало залива: окончание залива:

Объем залива:

Объем слива:

Ультрафильтрация:

Длительность слива:

| Кровь | Креатинин (мкмоль/л) | Мочевина (ммоль/л) | Глюкоза (ммоль/л) | Фосфор (ммоль/л) | |

|---|---|---|---|---|---|

| 0 минут | | | | | |

| 120 минут | | | | | |

| 240 минут | | | | | |

| Диализат | Креатинин (мкмоль/л) | Мочевина (ммоль/л) | Глюкоза (ммоль/л) | Фосфор(ммоль/л) | |

| ночной | | | | | |

| свежий | | | | | |

| 0 минут | | | | | |

| 30 минут | | | | | |

| 60 минут | | | | | |

| 120 минут | | | | | |

| 180 минут | | | | | |

| 240 минут | | | | | |

| Кровь | Креатинин | Глюкоза | Скоррегированный креатинин | | |

| Кровь 2-х часовая | | | | | |

| Диализат | Креатинин | Глюкоза | Скоррегированный креатинин | D/P | D/D0 |

| Диализат 0 часовой | | | 0 часовой | | |

| Диализат 2х часовой | | | 2х часовой | | |

| Диализат 4х часовой | | | 4х часовой | | |

Текст

Креатинин* - измеренный креатинин

Текст

Фактор конвертации: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л х 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Текст

Мочевина: мг/дл=ммоль/л х 2,82

Текст

D/D0 Глюкоза

Текст

D/P скоррегированный креатинин

| Транспортная категория | 4х часовой D/P креатинина | 4х часовой D/D0 глюкозы |

|---|---|---|

| Быстрый | 0,81 – 1,03 | 0,12 – 0,25 |

| Среднебыстрый | 0,65 – 0,80 | 0,26 – 0,37 |

| Среднемедленный | 0,50 – 0,64 | 0,37 – 0,48 |

| Медленный | 0,34 – 0,49 | 0,49 – 0,61 |

Глава Заключение:

Текст

ФИО (при его наличии) врача, ID

Текст

Дата

Текст

Применимо при: Оценочный лист адекватности ПД

Текст

Кровь

| Мочевина ммоль/л | Креатинин мкмоль/л | Глюкоза ммоль/л | Альбумин г/л |

|---|---|---|---|

Текст

24х-часовая моча и диализат

| | МочевинаММоль/л | КреатининМкмоль/л | Vol inml | Vol outml | Net volml |

|---|---|---|---|---|---|

| Диализат | | | | | |

| Моча | | | | | |

Текст

ПД-программа:

Текст

Результаты:

| modality | CCr Total NormL/week/1.73m2 | Total KT/V | Fluid removalL | eGFRml/min | Albuming/dl |

|---|---|---|---|---|---|

Текст

Продолжение таблицы

| nPCRg/kg/day | BSAm2 | eTBWL | Transport type | 4-hr CRT D/P | Age |

|---|---|---|---|---|---|

Текст

Urea Clearance

Текст

L/week Creatinine Clearance (CrCl)

Текст

L/week

Текст

Residual Urea Clearance

Текст

L/week Residual CrCl

Текст

L/week

Текст

Dialysate Urea Clearance

Текст

L/week Dialysate CrCl

Текст

L/week

Текст

Urea Generation Rate

Текст

mg/min Cr Generation Rate

Текст

mg/min

Текст

Normalized CrCl

Текст

L/week/1.73m2

Текст

Дата проведения

Текст

Заключение:

Текст

ФИО (при его наличии) врача ID

| Дата | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| количество мешков Дианил за сутки | 1,36% | 5,0 л | | | | | | | | |

| 2,27% | 5,0 л | | | | | | | | | |

| 3,86% | 5,0 л | | | | | | | | | |

| количество мешков Физионил за сутки | 1,36% | 2,0 л | | | | | | | | |

| 2,27% | 2,0 л | | | | | | | | | |

| Экстранил | 2,0 л | | | | | | | | | |

| Нутринил | 2,0 л | | | | | | | | | |

| Количество циклов АПД | | | | | | | | | | |

| Общее время АПД | | | | | | | | | | |

| Общий объем залива | | | | | | | | | | |

| Время экспозиции АПД(1 цикл) | | | | | | | | | | |

| Объем разового залива на АПД | | | | | | | | | | |

| Объем разового дневного залива | | | | | | | | | | |

| Объем начального дренирования | | | | | | | | | | |

| УФ на АПД | | | | | | | | | | |

| Общая УФ (АПД+дневной залив) | | | | | | | | | | |

| "Сухой" вес утром после АПД (без залитого диализата) | | | | | | | | | | | |

| АД | перед подключением (вечер) | | | | | | | | | | |

| после отключения (утро) | | | | | | | | | | | |

| Общий объем мочи на утро (за предыдущие сутки) | | | | | | | | | | | |

| | Подпись | | | | | | | | | | |

Глава Список сокращений формы № 022/у "Карта диализа":

| 1 | 4-hr CRT | 4 часовой катетер-ассоциированный тромбоз (Catheter-Related Thrombosis) |

|---|---|---|

| 2 | Age | Возраст |

| 3 | Albumin | Альбумин |

| 4 | BSA | Площадь поверхности тела (body surface area) |

| 5 | BSA | Площадь поверхности тела в м2 |

| 6 | BW | Вес пациента |

| 7 | CCr | Очищение креатинина (creatinine clearance) |

| 8 | Creatinine clearance | Очищение креатинина |

| 9 | Dialysate Urea Clearance | Диализированный продукт |

| 10 | eGFR (epidermal growth factor receptor) | Рецептор эпидермального фактора роста |

| 11 | Fluid removal | Отвод жидкости |

| 12 | ID | Идентификатор (электронная цифровая попись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |

| 13 | Modality | Способ воздействия |

| 14 | Net vol | Чистый объем, милилитры |

| 15 | Normalized CrCl | Нормализованное очищение креатинина |

| 16 | nPCR, NPCR | СТСКБ - стандартизованная скорость катаболизма белков (normalized protein catabolic rate) |

| 17 | PET | тест перитонеального равновесия (peritoneal equilibration test) |

| 18 | Residual Urea Clearance | Оставшееся время очищения мочевины |

| 19 | Total KT/V | Уравновешенное очищение мочевины, умноженный на время и стандартизованный по общему объему воды тела - объему распределения мочевины |

| 20 | Transport type | Тип транспортировки |

| 21 | Urea Clearance | Очищение мочевины |

| 22 | Urea Generation Rate | Скорость формирования мочевины |

| 23 | Vol in ml | Влито, милилитры |

| 24 | Vol out ml | Вылито, милилитры |

| 25 | АПД | Автоматический перитонеальный диализ |

| 26 | ГД | Гемодиализ |

| 27 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 28 | ИУФ | Изолированная ультрафильтрация |

| 29 | МКСП | Медицинская карта стационарного пациента |

| 30 | МО | Медицинская организация |

| 31 | ПД | Перитонеальный диализ |

| 32 | УФ | Ультрафильтрация |

| 33 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 34 | ФК | Фактор коррекции |

Глава Форма № 023/у "Журнал учета разведенных цитостатиков" за 20 ___ год

| Наименование цитостатика (МНН лекарственного средства) | Дата выдачи цитостатика для разведения | ФИО (при его наличии) и подпись выдавшего лица, идентификатор сотрудника | кол-во | дата разведения | наименование отделений, направивших заявки на разведение цитостатика | расход (мг, количество фл/амп) | общий остаток цитостатика | доза утилизируемого остатка (мг, количество фл/амп) | время вскрытия флакона/ампулы, срок и температура хранения остатка цитостатика по инструкции | ФИО (при его наличии) разводившего сотрудника, его идентификатор |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

Глава Форма № 024/у "Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении"

Текст

Отделение_____

Текст

за 20__ год

| № п/п | дата | № заявки | отделение | № истории болезни пациента | ФИО (при его наличии) пациента | ФИО (при его наличии) лечащего врача | Наименование назначаемого цитостатика (МНН), доза |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Текст

Медицинские работники Кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств заполняют ячейки № 2; 3; 4. Старшая медицинская сестра

клинического подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков.

Глава Форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии" 20_____ года

| Р/с № п/п | Дата | ФИО (при его наличии) врача, направившего пациента | ФИО (при его наличии) пациента | ИИН пациента | Дата рождения пациента | Адрес пациента | Место работы (название предприятия и цеха, организации) пациента (если необходимо при определенных случаях) | Профессия (выполняемая работа, должность) (если необходимо при определенных случаях) |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| Диагноз, по которому пациент представлен на ВКК | Повод, по которому пациент представлен на ВКК | № листа о временной нетрудоспособности (если необходимо при определенных случаях) | Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу (если необходимо при определенных случаях) | Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листа о временной нетрудоспособности, дата направления на МСЭ, заключение МСЭ) | Идентификатор члена комиссии | Примечания | | |

| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | |

Текст

Форма № 026/у "Заключение врачебно–консультационной комиссии" №____ от "____" _____ 20____ года

Текст

Выдана физическому лицу _____

Текст

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии)

Текст

_____

Текст

Дата рождения _____

Текст

Пол _____

Текст

Индивидуальный идентификационный номер _____

Текст

Домашний адрес, телефон _____

Текст

Место работы _____

Текст

Диагнозы _____

Текст

Заключение врачебно–консультационной комиссии _____

Текст

Председатель комиссии_____

Текст

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

Текст

Секретарь _____

Текст

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

Текст

М.П.

Глава Форма № 027/у "Справка о состоянии/ не состоянии на динамическом наблюдении"

Текст

Дата выдачи

Текст

Наименование МО

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 2

2. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) в соответствии с документами, удостоверяющими личность

Пункт 3

3. Дата рождения:

Пункт 4

4. Адрес проживания

Пункт 5

5. Медицинское заключение

Пункт 6

6. Рекомендации (при наличии)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку,

Место печати

Глава Форма № 028/у "Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта (в том числе из государства-члена ЕАЭС) №_____"

Глава (наименование учреждения (организации), выдавшего заключение)

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер/номер паспорта

Пункт 2

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (полностью)

Пункт 3

3. Пол

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Дата последнего въезда в Республику Казахстан

Пункт 6

6. Адрес постоянного места жительства

Пункт 7

7. Заключение терапевта/ВОП Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его), дата и время

Результаты обследования*:

Инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, венерическая лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

выявлено

не выявлено

Лепра (болезнь Гансена):

выявлено

не выявлено

Данные рентгенологического (флюорографического) обследования дата и время, результат:

Туберкулез:

выявлено

не выявлено

Пункт 8

8. Заключение инфекциониста Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных заболеваний и гриппа)

выявлено

не выявлено

Пункт 9

9. Заключение психиатра Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Пункт 10

10. Заключение нарколога Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ дата и время, результат.

Руководитель государственного учреждения (организации) здравоохранения: (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Место печати

Примечание:

* - при пребывании с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по подпунктам 6.1-6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) – АКДС, против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита "В", туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

Дата заполнения:

Срок действия: 3 месяца

Глава Форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности"

| № п/п | № листа о временной нетрудоспособности, выданного данной мед. организацией | № листа о временной нетрудоспособности, выданного другой медицинской организацией | ИИН пациента | Дата рождения | Адрес пациента | Место работы и должность | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| первый | продолжение | первый | продолжение | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| Диагнозы | ФИО врача | Освобожден от работы | Всего календарных дней освобождения от работы | Отметка о направлении пациента в другие лечебные организации | | | | |

| первичный | заключительный | выдавшего лист о временной нетрудоспособности | закончившего лист о временной нетрудоспособности | с какого числа | по какое число | | | |

| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | | |

Глава Форма № 030/у "Журнал учета мероприятий формирования здорового образа жизни (далее – ФЗОЖ)"

Текст

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) специалиста, должность, № участка, № АПО

| № п/п | Дата | Количество времени | Вид мероприятия | Тема | Охват слушателей | Количество слушателей | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Глава Пояснение по заполнению формы № 030/у "Журнала учета мероприятий по ФЗОЖ":

Пункт 1

1. В графе 3 "Количество времени" указать в минутах время, затраченное на проведение мероприятия.

Пункт 2

2. В графе 4 "Вид мероприятий" для унификации данных предлагается использование букв алфавита:

Л – лекция; ОС – обучающий семинар; СП – стендовая пропаганда; ББ – раздача буклетов, брошюр, листовок; СМИ – выступления в средствах массовой информации; КЗ – клубы

здоровья (для молодых родителей, диабетиков); А – различные медико-социальные исследования (анкетирование).

Пункт 3

3. В графе 5 "Тема" указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям.

Пункт 4

4. В графе 6 "Охват слушателей" указать количество участников мероприятия и общую медико-возрастную характеристику группы населения (З - здоровые, Д1 – с факторами риска, Д2 – с острой патологией, Д3 – с хронической патологией), через тире указать средний возраст слушателей).

Пункт 5

5. В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять ФИО (при его наличии) слушателей, а только указать их количество.

В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав:

в третьей графе –общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы,

в четвертой графе – количество видов санпросвет работы,

в пятой графе –количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ

в шестой графе –общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями.

Глава Форма № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу" №___от ____ _____ 20_____ год

Пункт 1

1. ИИН _____

Пункт 2

2. Фамилия _____

Пункт 3

3. Имя _____

Пункт 4

4. Отчество (при его наличии) _____

Пункт 5

5. Дата рождения _____ _____год

Пункт 6

6. Пол ☐ мужской ☐ женский

Пункт 7

7. Гражданство (справочник стран) _____

Пункт 8

8. Житель ☐города ☐ села

Пункт 9

9. Адрес регистрации по месту постоянного жительства _____

Пункт 10

10. Адрес фактического проживания/пребывания _____

Пункт 11

11. Место проживания/пребывания лица на момент освидетельствования

(выбрать одно из полей для оказания государственной услуги с выездом или заочно):

☐ в доме ребенка, интернате, специализированных организациях для детей

☐ в медико-социальных учреждениях (организациях) социальной защиты

☐ в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

☐ на дому

☐ заочно

Пункт 12

12. Прикрепление к медицинской организации по РПН:

Пункт 13

13. Дата прикрепления _____ _____20___год

Наименование медицинской организации_____

Пункт 14

14. Номер мобильного телефона пациента или законного представителя

(зарегистрированный в БМГ) +7 (***) (*******)

Пункт 15

15. Данные законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) при наличии: ИИН

_____

Фамилия_____

Имя_____

Отчество (при его наличии) _____

Пункт 16

16. Наименование направившей медицинской организаций (из регистра МО) _____

Пункт 17

17. Адрес МО _____

Пункт 18

18. Группа инвалидности (при наличии ранее установленного) _____

Пункт 19

19. Степень утраты общей трудоспособности (при наличии ранее установленного) _____%

Пункт 20

20. Степень утраты профессиональной трудоспособности

(при наличии ранее установленного) _____%

Пункт 21

21. Место работы (для работающих лиц) _____

Пункт 22

22. Должность _____

Пункт 23

23. Основная профессия _____

Пункт 24

24. Место учебы (для школьников, студентов) _____

Пункт 25

25. Курс/класс _____

Пункт 26

26. Дошкольное учреждение _____

Пункт 27

27. Дата взятия под наблюдением медицинской организаций "__" _____ 20___год

Пункт 28

28. Клинико-трудовой анамнез, диагностика, лечебные мероприятия

Пункт 29

29. Анамнез заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение в настоящее время (в том числе противорецидивное), эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб изменения в соматическом статусе, общая оценка результатов лечения и медицинской реабилитации): _____

Пункт 30

30. Состоит ли пациент на диспансерном учете

☐ нет

☐ да (указать все диагнозы по диспансерному учету):

Диагноз (Код МКБ)_____

Дата взятия на диспансерный учет _____

Дата снятия с диспансерного учета _____

Пункт 31

31. При наличии травмы:

тип травмы (выбрать одно из полей):

☐ бытовая

☐ производственная

☐ уличная (кроме дорожно-транспортной)

☐ дорожно-транспортная

☐ школьная

☐ спортивная

☐ прочие

дата получения травмы _____

место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно)

_____

Пункт 32

32. Физиологические параметры на момент заполнения формы № 031/у:

АД _____ миллиметр ртутного столба

ЧСС _____ минут

Пульс ____минут

ЧДД ____ минут

Температура тела ____

Рост ____ сантиметр

Вес _____ килограмм

Объем бедра ____ сантиметр

Объем талии ____ сантиметр

Пункт 33

33. Изменение условий труда _____

_____

Пункт 34

34. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

| № листа или справки о временной нетрудоспособности | с __ _____ 20 ___ года | по ___ __ 20__ года | Число календарных дней нетрудоспособности | Код по МКБ-10 |

|---|---|---|---|---|

| | | | Всего календарных дней | |

Пункт 35

35. План реабилитационных мероприятий:

- мероприятия по медицинской реабилитации

- обеспечение протезно-ортопедическими средствами

- обеспечение сурдотехническими средствами

- обеспечение тифлотехническими средствами

- обеспечение специальными средствами передвижения

- обеспечение обязательными гигиеническими средствами

- предоставление услуг индивидуального помощника

- предоставление услуг специалиста жестового языка

- санаторно-курортное лечение

- оказание специальных социальных услуг

- содействие в трудоустройстве

- содействие в обучении/переобучении.

Пункт 36

36. Результаты консультации специалистов с указанием жалоб, данных объективного обследования с отражением степени нарушения функций организма, диагнозов и рекомендаций. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля

заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения реабилитации) прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименования услуги _____

Даты проведения _____

Наименования медицинской организации (Исполнитель) _____

Пункт 37

37. Результаты клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименования услуги _____

Даты проведения _____

Наименования МО (Исполнитель) _____

Пункт 38

38. Результаты активного посещения пациента, вызывающего скорую/неотложную медицинскую помощь. Медицинские документы прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Даты активного посещения _____

Наименования МО (Исполнитель) _____

Пункт 39

39. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ:

Пункт 40

40. Основной диагноз (код МКБ 10) _____

Основной диагноз (текст) _____

Пункт 41

41. Осложнение (код МКБ 10) (указать имеющиеся осложнения):

Осложнение (текст) (указать имеющиеся осложнения):

_____

Пункт 42

42. Диагноз сопутствующего заболевания (код МКБ 10):_____

Диагноз сопутствующего заболевания (текст) _____

Пункт 43

43. Цель направления на МСЭ:

☐ установление инвалидности

☐ переосвидетельствование

☐ досрочное переосвидетельствование

☐ установление степени утраты общей трудоспособности:

☐ первично ☐ повторно

☐ первично ☐ повторно

☐ установление степени утраты профессиональной трудоспособности:

☐ первично ☐ повторно

☐ первично ☐ повторно

☐ изменение причины инвалидности

☐ формирование или коррекция ИПР

☐ необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе.

Пункт 44

44. Удостоверено: ФИО (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК или лица его замещающего.

Пункт 45

45. ФИО (при его наличии) лечащего врача, заполнившего форму 031/у _____

Пункт 46

46. Код быстрого отклика (Quick Response code) (QR код) медицинской организации

(код быстрого отклика).

Пункт 47

47. Согласие на сбор, обработку и передачу персональных данных и сведений, составляющих охраняемую законом тайну пациента, необходимых для установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и (или) определения необходимых мер социальной защиты (при оказании государственной услуги с выездом или заочно):

да

Дата получения ответа от пациента или законного представителя: дд.мм.гггг

Ответ, полученный от пациента или законного представителя _____

Номер мобильного телефона отправителя: +7 (***) (*******)

Глава Извещение об экспертном заключении МСЭ № ___ от _____ к форме 031/у №___от ____ _____ 20_____ год

Пункт 1

1. Наименование МО (направившей) (из регистра МО) _____

Пункт 2

2. Дата вынесения экспертного заключения ____ _____ 20__год

Пункт 3

3. ИИН _____

Пункт 4

4. Фамилия _____

Пункт 5

5. Имя _____

Пункт 6

6. Отчество (при его наличии) _____

Пункт 7

7. Дата рождения ____ _____ _____год

Пункт 8

8. Клинико-экспертный диагноз: _____

Основной диагноз (наименование, Код МКБ-10)_____

Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10)_____

Пункт 9

9. Экспертное заключение МСЭ:

группа инвалидности _____

причина инвалидности _____

срок инвалидности _____

срок зачтен с ____ _____ 20__год

дата переосвидетельствования ____ _____20___год

Пункт 10

10. Степень утраты общей трудоспособности (УОТ) _____%

срок степени УОТ _____

Пункт 11

11. Степень утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) _____ %

причина УПТ _____

срок степени УПТ _____

дата переосвидетельствования степени УПТ _____ _____20 __ год

Пункт 12

12. Рекомендации в социальной и (или) профессиональной части ИПАР лица

с инвалидностью № _____

по социальной реабилитации _____

по профессиональной реабилитации _____

Пункт 13

13. Обоснование возврата документов с указанием причин

Пункт 14

14. Номер Акта медико-социальной экспертизы №_____

Пункт 15

15. Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/МК МСЭ_____

Примечание 1. Заключение на МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП председателя ВКК.

Примечание 2. Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП руководителем отдела МСЭ.

Список сокращений:

| 1 | ID | Идентификатор (ЭЦП, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |

|---|---|---|

| 2 | РПН | Регистр прикрепленного населения |

| 3 | БМГ | База мобильных граждан |

| 4 | АД | Артериальное давление |

| 5 | ЧСС | Частота сердечных сокращений |

| 6 | ЧДД | Частота дыхательных движений |

| 7 | ВКК | Врачебно-консультативная комиссия |

| 8 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 9 | ИПАР | Индивидуальная программа абилитации и реабилитации |

| 10 | МСЭ | Медико-социальная экспертиза |

| 11 | МО | Медицинская организация |

| 12 | Отдел МСЭ | Отдел медико-социальной экспертизы |

| 13 | Отдел МК МСЭ | Отдел методологии и контроля МСЭ |

| 14 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 15 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |

| 16 | УОТ | Утрата общей трудоспособности |

| 17 | УПТ | Утрата профессиональной трудоспособности |

| 18 | МКБ | Международная классификация болезней |

| 19 | QR код (Quick Response code) | Код быстрого отклика |

Глава Форма № 032/у "Журнал регистрации медицинской реабилитации лиц с инвалидностью"

| Р/с№ №п/п | Дата | ФИО (при его наличии). | ИИН | Дата рождения, возраст | Домашний адрес и телефон | Место работы | Группа инвалидности/Ребенок с инвалидностью |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Текст

Продолжение таблицы

| Клинический диагноз | Тип освидетельствования первичное (1) повторное (2) | Группа инвалидности /Ребенок с инвалидностью (1) Группа снята (2) Продлен больничный лист (3) | Реабилитация Круглосуточный стационар (1) Дневной стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаторно – курортное лечение (4) Стационар на дому (5) Реконструктивная хирургия (6) | Результат медицинской реабилитации Неисполнение (1) Незавершенное (частичное) (2) Полное (3) Улучшение(4) Выздоровление (5) Ухудшение (6) Без динамики (7) | Умерло лиц с инвалидностью |

|---|---|---|---|---|---|

| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

Глава Форма № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы абилитации и реабилитации лица с инвалидностью" №___от "___" _____ 20_____ год

Пункт 1

1. ИИН _____

Пункт 2

2. Фамилия _____

Пункт 3

3. Имя _____

Пункт 4

4. Отчество (при его наличии) _____

Пункт 5

5. Дата рождения "____" _____ ____ год

Пункт 6

6. Адрес регистрации _____

Пункт 7

7. Телефон _____

Пункт 8

8. Образование_____

Пункт 9

9. Место работы/место учебы/дошкольное учреждение_____

Пункт 10

10. Группа инвалидности _____

Пункт 11

11. ИПАР разработан: впервые ☐ ; повторно ☐

Пункт 12

12. Реабилитационный диагноз (МКБ-10)_____

Пункт 13

13. Для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями) (в баллах)

| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | До реабилитации (в баллах) | После реабилитации (в баллах) | |

|---|---|---|---|

| Код критерия МКФ b | Код критерия МКФ d | Код критерия МКФ b | Код критерия МКФ d |

Пункт 14

14. Для пациентов других профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал

| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | Прогноз * | Потенциал ** |

|---|---|---|

Текст

*- выбор значения из: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный

Текст

**- выбор значения из: высокий, средний, низкий, отсутствует

Пункт 15

15. Этап медицинской реабилитации:

| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | Номер этапа реабилитации | Уровень проведения (амбулаторный, стационарный) |

|---|---|---|

Пункт 16

16. Мероприятия по проведенной и планируемой медицинской реабилитации

| Тип реабилитации*** | Дата проведения | Наименование проведенного мероприятия | Примечание | Планируемые мероприятия с указанием периодичности и длительности проведения |

|---|---|---|---|---|

Текст

*** - выбор значения из: физическая реабилитация, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, консультация социального работника, обучение пациента, реконструктивная хирургия, реабилитация в дневных стационарах, круглосуточных стационарах, реабилитационных центрах, стационарах на дому, санаторно-курортное лечение, дополнительные услуги

Пункт 17

17. Оценка результатов медицинской реабилитации (выбрать одно из полей):

☐ полное восстановление нарушенных функций

☐ частичное восстановление нарушенных функций

☐ полная компенсация нарушенных функций

☐ частичная компенсация нарушенных функций

☐ отсутствие положительного результата

_____

Примечание. Медицинская часть ИПАР заполняется в электронном виде. Медицинской части ИПАР присваивается уникальный номер, который формируется медицинской информационной системой в автоматизированном режиме.

Список сокращений:

| № | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |

|---|---|---|

| 1 | ВКК | Врачебно-консультативная комиссия |

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | ИПАР | Индивидуальная программа абилитации и реабилитации |

| 4 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |

| 5 | МКБ | Международная классификация болезней |

| 6 | МКФ | Международная классификация функционирования |

| 7 | МКФ b | Функции организма пациента |

| 8 | МКФ d | Активность и участие в обеспечении самого себя |

Глава Форма № 034/у "Извещение"

Текст

Направлено в:

Текст

Общая часть

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Адрес проживания

Пункт 6

6. Контактный телефон

Пункт 7

7. Семейное положение

Пункт 8

8. Место работы/учебы/детского учреждения

Пункт 9

9. Адрес организации

Пункт 10

10. Должность пациента

Пункт 11

11. Дата: заболевания первичного обращения/выявления установления диагноза госпитализации

Пункт 12

12. Диагноз

Пункт 13

13. Куда направлен пациент (из регистра МО)

Пункт 14

14. Наименование МО, заполнившей извещение (из регистра МО)

Пункт 15

15. ФИО (при его наличии) и идентификатор врача заполнившего извещение

Пункт 16

16. Дата и время заполнения

Заполняется при инфекционных заболеваниях:

Пункт 1

1. Указать где произошло, описать обстоятельства

Пункт 2

2. Контактные лица:

2.1 ФИО (при его наличии)

2.2 Отношение к пациенту

2.3 Адрес проживания

2.4 Контакты

Пункт 3

3. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения

Заполняется при профессиональных заболеваниях и (или) отравлениях, в том числе подозрениях на них:

Пункт 1

1. Общий стаж работы

Пункт 2

2. Стаж работы (в контакте с вредными производственными факторами)

Пункт 3

3. Вредный производственный фактор, вызвавший заболевание

Пункт 4

4. Если отравление – указать где произошло, чем отравлен

Заполняется при онкологическом заболевании:

Пункт 1

1. Обстоятельства выявления опухоли

Пункт 2

2. Стадия опухолевого процесса

Пункт 3

3. Диагноз

Пункт 4

4. Метод подтверждения диагноза

Заполняется при трансплантации органа (части органа) реципиента:

Пункт 1

1. Дата: выполнения трансплантации органа (части органа)

Пункт 2

2. Дата выписки

Составляется медицинским работником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, паразитарное заболевание, пищевое отравление, профессиональное заболевание и (или) отравление, при наличии телесных повреждений, онкологическое заболевание или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в уполномоченный орган по месту выявления пациента не позднее установленного срока с момента обнаружения пациента.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапанья, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Глава Список сокращений формы № 034/у "Извещение":

| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

|---|---|---|

| 2 | МО | Медицинская организация |

| 3 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 035/у "Форма учета медицинских услуг"

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер;

Пункт 2

2. Фамилия, имя, отчество пациента (при его наличии);

Пункт 3

3. Дата и время;

Пункт 4

4. Диагноз;

Пункт 5

5. Наименование услуги;

Пункт 6

6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор проводившего

| Контрольный талон к справке о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя №_____ Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование

предприятия, организации, хозяйства Диагноз Заключительный диагноз Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту) Освобожден от работы с дд/мм/гг по дд/мм/гг Фамилия врача, выдавшего справку Идентификатор врача Приступить к работе (число и месяц) Должность, фамилия и идентификатор врача (идентификатор лечебной организации) | Форма № 036/у "СПРАВКА о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией №_____" Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства Диагноз Заключительный диагноз Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту) Режим направлен на МСЭ (ВТЭ), дата и время Находился в стационаре с дд/мм/гг по дд/мм/гг Идентификатор врача Освидетельствован МСЭ (ВТЭ), дата и время Заключение МСЭ (ВТЭ) Перевести временно на другую работу с _____ по _____ (Идентификатор МСЭ (ВТЭ) Идентификатор главного врача Идентификатор председателя | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Контрольный талон к справке №_____ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номе Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации Диагноз заболевания Освобожден с _____ по _____ Освобождение продлено: с _____ по _____ Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку | Форма № 037/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)" Дата выдачи Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть) Название учебного заведения, дошкольной организации Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения (год, месяц, для детей до 1 года-день) Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) Наличие контакта с инфекционными пациентами (нет, да, какими) нужное подчеркнуть, вписать освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации с дд/мм/гг по дд/мм/гг Идентификатор медицинской организации Идентификатор врача поликлиники | | | | |

| Контрольный талон к справке №_____ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Место службы, работы Диагноз заболевания (прочие причины освобождения) Освобожден) с дд/мм/гг по дд/мм/гг Освобождение продлено: с дд/мм/гг по дд/мм/гг Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку Примечание: Контрольные талоны служат для учета выданных справок. | Форма № 038/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности" Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопедическое протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организациях, 4. усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за пациентом родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное подчеркнуть) Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Адрес проживания Место службы, работы Профессия, должность Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)) Наличие контакта с

инфекционными пациентами (нет, да, какими) (подчеркнуть, вписать) Освобождение от работы с какого числа по какое число (включительно) должность и фамилия врача подпись врача подпись председателя ВКК Приступить к работе с дд/мм/гг Идентификатор медицинской организации | с какого числа | по какое число (включительно) | должность и фамилия врача | подпись врача | подпись председателя ВКК |

| с какого числа | по какое число (включительно) | должность и фамилия врача | подпись врача | подпись председателя ВКК | | |

Текст

Форма № 039/у "№_____ Заключение судебно-психиатрической экспертизы"

| | 20_____ год "____"_____ |

|---|---|

Текст

Лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе

Текст

_____

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Текст

Дата рождения _____

Текст

обвиняемого по статье _____

Текст

или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в отношении

Текст

которого решается вопрос о дееспособности (нужное подчеркнуть)

Текст

_____

Текст

Экспертиза первичная, повторная, дополнительная; в двух последних случая указывается когда,

Текст

кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

Текст

_____

Текст

Вопросы, поставленные перед экспертами:

Текст

1._____

Текст

2._____

Текст

3._____

Текст

Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела судебно-психиатрическая комиссия в составе):

Текст

Председателя _____

Текст

Членов комиссии _____

Текст

Врача-докладчика _____

Текст

Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье 420 Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены.

Текст

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы

Текст

"Заключения" излагаются на следующих (листах).

Глава Форма № 040/у "Заключение психиатрического освидетельствования осужденного"

Текст

_____ на испытуемого _____

Текст

Дата рождения: _____ осужденного по статье _____ на срок _____

Текст

Срок наказания исчисляется с _____

Текст

Психиатрическое освидетельствование осужденного произвела судебно-психиатрическая комиссия

Текст

в амбулаторных, стационарных (нужное подчеркнуть) условиях в составе:

Текст

Председателя _____

Текст

Членов комиссии _____

Текст

Врача-докладчика _____

Текст

на основании постановления _____ от 20____ года

Текст

_____

Текст

Права и обязанности эксперта, предусмотренные от _____

Текст

УК _____

Текст

об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье. УК _____ эксперты предупреждены.

Текст

Остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих_____ листах.

Текст

Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развитие заболевания, если таковое имеется: описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и экспертное заключение)

Текст

Форма № 041/у "Медицинское свидетельство о рождении № ____ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)"

Текст

Дата выдачи "___"_____ 20_____ год

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность, при их отсутствии - данные заполняются со слов матери)

Пункт 3

3. Адрес (место постоянного жительства матери)

Пункт 4

4. Дата рождения матери

Пункт 5

5. Национальность матери

Пункт 6

6. Семейное положение матери

Пункт 7

7. Образование матери

Пункт 8

8. Дата и время родов

Пункт 9

9. Место родов

Пункт 10

10. Пол ребенка

Пункт 10-1

10-1. Ребенок родился: при одноплодных родах

- 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах - 4

Пункт 10-2

10-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3

Пункт 10-3

10-3. Масса ребенка при рождении и рост (см).

Пункт 10-4

10-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

Пункт 11

11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача,

(среднего медицинского работника)

Идентификатор медицинской Идентификатор медицинского организации или физического лица, работника _____ занимающегося частной медицинской практикой

К сведению родителей

В соответствии со статьей 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" заявление о рождении ребенка подается в регистрирующие органы не позднее трех рабочих дней со дня его рождения.

Глава Форма № 042/у №_____ Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении"

| | 20__ года "____"_____ |

|---|---|

Текст

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Текст

Дата рождения _____

Текст

Индивидуальный идентификационный номер _____

Текст

20_____ года "____" _____ согласно определению суда

Текст

_____ _____ обвинявшегося по статье

Текст

_____ года "____" _____ находящегося на принудительном лечении в данном учреждении

Текст

Психиатрическое освидетельствование произвела врачебная комиссия в составе:

Текст

Председателя _____

Текст

членов комиссии _____

Текст

остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих листах

Текст

Форма № 043/у "Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы"

Текст

начат 20__ года "___"_____

Текст

20___года "____"_____ окончен

| № п/п | Дата поступления | ФИО (при его наличии) | ИИН | Пол | Дата рождения (год, месяц, число) | Кем, когда, на каком языке вынесено постановление о производстве экспертизы | Характеристика лица, подлежащего судебно-психиатрической экспертизе (подследственный, осужденный по гражданским делам) | Статья УК РК (ГК РК) | По данному делу экспертиза первичная, повторная, дополнительная |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| Дата комиссии | ФИО (при его наличии) СПЭК: Председатель, члены, докладчик | № акта | Диагноз | Заключение (на каком языке) | Рекомендованные медицинские меры | Куда направлено лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе | Дата выписки из стационара | Общий срок проведения экспертизы (АСПЭК, ССПЭК) | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |

Текст

Форма № 044/у "Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (дому)"

| 1. Регистрационный номер карты | РНК | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Пункт 2

2. Карта:

– первичная

– вторичная

Пункт 3

3. Фамилия_____ имя_____

отчество (при его наличии) _____

Пункт 4

4. ИИН_____

Пункт 5

5. Национальность _____

Пункт 6

6. Дата рождения /_____/_____/_____/ (дд/мм/гггг)

Пункт 7

7. Возраст _____(полных лет)

Пункт 8

8. Место жительства _____

(страна, область, административный район) (населенный пункт, улица, дом, кв.)

Пункт 9

9. Медицинская организация, на уровне которой допущены дефекты оказания медицинских услуг) _____

Пункт 10

10. Диагноз направившей организации

Код МКБ-10

Пункт 11

11. Диагноз заключительный

Код МКБ-10

| a) основной: | |

|---|---|

| b) сопутствующий: | |

| c) осложнения: | |

Глава Экспертная оценка качества медицинской помощи

Текст

I. ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

Текст

0 – неизвестно;

Текст

1 – не наблюдался;

Текст

2 – дефектов не выявлено;

Текст

3 – отсутствие динамического наблюдения;

Текст

4 – недостатки обследования:

Текст

4.1 – не обследован,

Текст

4.2 – неполное лабораторно - инструментальное обследование,

Текст

4.3 – недостатки консультативной помощи профильных специалистов;

Текст

5 – описания жалоб и анамнезов:

Текст

5.1 – полные,

Текст

5.2 – неполные,

Текст

5.3 – не соответствуют диагнозу,

Текст

5.4 – анамнез не указан,

Текст

5.5 – анамнез не раскрыт полностью;

Текст

6 – недооценка тяжести состояния пациента;

Текст

7 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования;

Текст

8 – неадекватная терапия:

Текст

8.1 – лечение не проведено,

Текст

8.2 – проведено не в полном объеме,

Текст

8.3 – назначения без показаний;

Текст

9 – отсутствие госпитализации:

Текст

9.1 – рекомендовано,

Текст

9.2 – не рекомендовано;

Текст

10 – запоздалая госпитализация;

Текст

11 – качество и регулярность диспансеризации пациентов с хроническими формами заболеваний:

Текст

11.1 – стандарты соблюдаются,

Текст

11.2 – стандарты не соблюдаются,

Текст

11.3 – диспансеризация не проводилась;

Текст

12 – результаты лечения:

Текст

12.1 – летальный исход предотвратимый,

Текст

12.2 – исход "ухудшение" (экспертная оценка),

Текст

12.3 – исход "без перемен" (экспертная оценка),

Текст

12.4 – госпитализация в стационар вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне;

Текст

13 – наличие рекомендаций:

Текст

13.1 – отсутствуют,

Текст

13.2 – неполные,

Текст

13.3 – полные.

Текст

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

Текст

0 – нарушение транспортировки до госпитализации в стационар;

Текст

1 – дефектов не выявлено;

Текст

2 – дефекты госпитализации:

Текст

2.1 – необоснованный отказ в госпитализации,

Текст

2.2 – жалобы на качество оказанных медицинских услуг,

Текст

2.3 – привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП,

Текст

2.4 –случаи летальных исходов предотвратимые,

Текст

2.5 – случаи осложнений, возникающих в результате лечения,

Текст

2.6 – случаи с исходом заболевания "ухудшение" (экспертная оценка),

Текст

2.7 – случаи с исходом заболевания "без перемен" (экспертная оценка),

Текст

2.8 – случаи расхождения направительного и клинического диагнозов,

Текст

2.9 – случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов;

Текст

3 – досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях;

Текст

4 – описания жалоб и анамнезов:

Текст

4.1 – неполные,

Текст

4.2 – не соответствуют диагнозу,

Текст

4.3 – анамнез не указан,

Текст

4.4 – анамнез не раскрыт полностью;

Текст

5 – недостатки диагностики:

Текст

5.1 – неполная,

Текст

5.2 – несвоевременная,

Текст

5.3 – недооценка тяжести состояния,

Текст

5.4 – отсутствие динамического наблюдения;

Текст

6 – ошибка в диагнозе:

Текст

6.1 – диагноз полный (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),

Текст

6.2 – диагноз не полный,

Текст

6.3 – диагноз не установлен;

Текст

7 – кратковременное пребывание пациента в стационаре (менее 3 суток);

Текст

8 – недостатки обследования:

Текст

8.1 – недоучет анамнестических и клинических данных,

Текст

8.2 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования,

Текст

8.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов,

Текст

8.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов,

Текст

8.5 - назначение обследований без показаний,

Текст

8.6 - консилиум врачей (по показаниям):

Текст

8.6.1 - проведен в полном объеме и своевременно,

Текст

8.6.2 – не проведен;

Текст

9 – неадекватная терапия:

Текст

9.1 - проведено не в полном объеме,

Текст

9.2 - назначения без показаний;

Текст

10 - оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

Текст

11 - недостатки в проведении оперативного вмешательства:

Текст

11.1 - запоздалое оперативное вмешательство,

Текст

11.2 - неадекватный объем и метод оперативного вмешательства,

Текст

11.3 - технические дефекты при операции,

Текст

11.4 - операции без должных показаний,

Текст

11.5 - неадекватная анестезия,

Текст

11.6 - отсутствие профилактики возможных осложнений,

Текст

11.7 - отсутствие трансфузионных средств;

Текст

12 - описания жалоб и анамнезов:

Текст

12.1 – полные,

Текст

12.2 – неполные,

Текст

12.3 - не соответствуют диагнозу,

Текст

12.4 - анамнез не указан,

Текст

12.5 - анамнез не раскрыт полностью;

Текст

13 - результаты лечения:

Текст

13.1 - летальный исход (предотвратимый),

Текст

13.2 - исход "ухудшение" (экспертная оценка),

Текст

13.3 - исход "без перемен" (экспертная оценка);

| 1. Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы | Исследование операционного и биопсийного материала) | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Патолого-анатомический или судебно- медицинский диагноз/код по МКБ-10 | совпадение клинического и патолого-анатомического судебно-медицинского диагнозов | Расхождение клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов | Ятрогения | | | | | |

| | | I категория | II категория | III категория | I категория | II категория | III категория | Клинический диагноз | Гистологическое заключение |

| а. основной/(код) | | | | | | | | | |

| в. сопутствующий/(код) | | | | | | | | | |

| с. осложнения/(код) | | | | | | | | | |

Текст

14 - наличие рекомендаций:

Текст

14.1 – отсутствуют,

Текст

14.2 – неполные,

Текст

14.3 – полные.

Текст

Результаты патологоанатомических исследований и/или судебно-медицинских экспертиз

Текст

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

Текст

0 - нет замечаний;

Текст

1 - нерегулярное наблюдение врача;

Текст

2 - выполнение рекомендаций врача:

Текст

2.1 - регулярное выполнение рекомендаций врачей,

Текст

2.2 - нерегулярное выполнение рекомендаций врачей,

Текст

2.3 - невыполнение рекомендаций;

Текст

3 - криминальное вмешательство;

Текст

4 - отказ от предложенного амбулаторного лечения;

Текст

5 - отказ от госпитализации;

Текст

6 - задержка с обращением за медицинской помощью;

Текст

7 - самовольный уход из стационара.

Текст

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

Текст

1 - своевременная госпитализация пациента;

Текст

2 - социальное благополучие;

Текст

3 - более ранняя диагностика патологического состояния;

Текст

4 - дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенодиагностика и другие исследования);

Текст

5 - правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

Текст

6 - своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное;

Текст

7 - квалификация специалистов.

Текст

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

Текст

0 - данных нет;

Текст

1 - ятрогенные причины:

Текст

1.1 – нет, 1.2 – есть _____

Текст

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

Текст

1 – предотвратима;

Текст

2 – условно предотвратима;

Текст

3 – непредотвратима.

Текст

Дата заполнения карты "__" _____ 20 __ жыл (год)

Текст

ФИО (при его наличии) (при его наличии) оператора _____

Текст

Дата ввода карты "___" _____ 20 ___ жыл (год)

Текст

Примечание: расшифровка аббревиатур

Текст

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

Текст

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

Текст

УЗИ – ультразвуковое исследование

Глава Форма № 045/у "Медицинское свидетельство о смерти № _____" Дата выдачи "____"_____20 ___ год (предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного № _____)

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество умершего (при его наличии)

_____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

Пункт 3

3. Пол: мужской - 1, женский – 2 (подчеркнуть)

Пункт 4

4. Дата рождения _____ число _____ месяц _____ год

Пункт 5

5. Дата смерти _____ число _____ месяц _____ год

1 для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный, недоношенный

масса (вес) при рождении: грамм, рост см, число месяцев и дней жизни, по счету ребенок у матери, возраст матери

критерии живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное сокращение мускулатуры)

Пункт 6

6. Место последнего жительства умершего

Пункт 7

7. Место смерти

Пункт 8

8. Смерть последовала: (в стационаре, дома, в другом месте, при наступлении смерти от травм, отравлений и других воздействий внешних причин: на месте происшествия, при транспортировке)

Пункт 9

9. Национальность

Пункт 10

10. Семейное положение

Пункт 11

11. Образование

Пункт 12

12. Место работы и должность

Пункт 13

13. Причина смерти

Пункт 14

14. При наступлении смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления)

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма, отравление (указать подробно)

| 9. Причина смерти | Код МКБ-10 | Дата (болезни) | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| начало | окончание | | | | | | | |

| 1) а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | | | | | | | | |

| б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины) | | | | | | | | |

| в) основная причина смерти указывается последней | | | | | | | | |

| г) внешние причины при травмах и отравлениях | | | | | | | | |

Подпункт 2

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней _____

При наступлении смерти женщины:

Пункт 10

10. Дата последней беременности

Пункт 11

11. Исход последней беременности

Пункт 12

12. Наименование медицинской организации, выдавшей свидетельство

Пункт 13

13. Фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

Пункт 14

14. Фамилия, имя, отчество, лица, получившего свидетельство

Пункт 15

15. Причина смерти установлена: ФИО (при его наличии), идентификатор

| 17. Причина смерти | Код МКБ-10 | Дата (болезни) | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| начало | окончание | | | | | | |

| 1) а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | | | | | | | | |

| б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины | | | | | | | | |

| в) основная причина смерти указывается последней | | | | | | | | |

| г) внешние причины при травмах и отравлениях | | | | | | | | |

Подпункт 2

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней

Пункт 18

18. При наступлении смерти женщины:

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности);

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

Пункт 19

19. Дополнительные сведения:

Пункт 20

20. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес

Пункт 21

21. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

Идентификатор медицинской организации

Идентификатор медицинского работника, выдавшего свидетельство или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой

Примечание:

Медицинское свидетельство о смерти формировать и распечатывать только из информационной системы. Для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери

| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)" Дата выдачи 1

- мертворожденный 2 - умер на 1-й неделе жизни | 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни |

1

| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № ______ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _________)" Дата выдачи 1 - мертворожденный 2 - умер на 1-й неделе жизни | 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Место для шифра 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12.1 12.2 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12.1 | | 12.2 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | 22 | | 23 | | 24 | | 25 | | 26 | | 27 | | 28 | | 29 | | 30 | | 31 | | 32 | | 33 | | 1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего (мертворожденного) 2. Пол: мужыл - 1 жен. - 2 не определен – 3 (подчеркнуть) 3. Дата рождения (мертворождения):______мин, ____ час, _____ число, ____ месяц, ________ год 4. Дата смерти: ______мин, ____ час, _____ число, ____ месяц, ________ год 5. Место смерти (мертворождения): а) ______________ Республика, _____________ область/ ГРЗ ____________ район/ГОЗ/район в ГРЗ _______________________________ округ/поселковый акимат /район в ГОЗ/акимат города районного значения ________________ Населенный пункт __________ (город -1, село – 2) __________________ ул., дом ______, кв. № ______ б) смерть (мертворождение) произошла: 1 - в стационаре - 1 (вписать)________________________, 2 – дома - 2, 3 - в другом месте - 3 (вписать): __________________________________ 6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери ____ 7. Дата рождения матери: _____ число, __________________ месяц, ________ год 8. Национальность ____ 9. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5 Для состоящих в браке: число, месяц, год заключения брака __________ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа ____ (сведения заполнены на основании записей в свидетельстве о браке, со слов матери – нужное подчеркнуть) 10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного): ___________________Республика _____________________ область/ ГРЗ _____________________ район/ ГОЗ/район в ГРЗ. _____________________ округ/поселковый акимат /район в ГОЗ/акимат города районного значения _______________ населенный пункт ______________ улица, домі ______ , кв.№ ______ 11. Образование матери: не имеет - 1,

начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8. 12.1. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) _____ _____ 12.2. Должность или выполняемая работа _____ 13. Какая по счету беременность_____ 14. Какие по счету роды _____ 15. Предшествующие беременности закончились: рождением живого ребенка _____1, мертворождением _____2, самопроизвольным выкидышем _____3, искусственным абортом _____ 4 (указать сколько) 16. Дата последней менструации _____ Продолжительность настоящей беременности _____ недель 17. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 (подчеркнуть) 18. Срок беременности при первой явке к врачу-акушеру (акушерке) 12 нед. и ранее - 1, 13-21 нед. - 2, 22-27 нед. - 3, 28 нед. и позже - 4, не обращалась совсем - 5. 19. Где состояла на учете: ФАП, ФП, ВА, СУБ, ЦРБ, СВА, ЖК, консультация "Брак и семья", гор. род. дом, обл. род. дом, ПЦ, частная клиника. 20. Заболевания и осложнения до наступления настоящей беременности: не было - 1, были – 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) _____ 21. Заболевания и осложнения в течение настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) _____ 22. Осложнение родов: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное осложнение указать первым) _____ 23. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были – 2 (указать какие) _____ 24. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, др. многоплодных родах – 4. 25. Масса ребенка (плода) при рождении_____гр. 26. Рост ребенка (плода) _____ см. 27. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переношенным – 3. 27-1. Критерии живорождения: дыхание - 1,сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4. 28. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3. 29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно – 4. 30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен – 4. 31 Причина перинатальной смерти: а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)_____ б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)_____ в) первоначальная заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)_____ г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)_____ _____ д) другие сопутствовавшие состояния _____ 32. Причина смерти (мертворождения) установлена: а) врачом, удостоверившим смерть - 1, врачом, принимавшим роды - 2, врачом-педиатром, лечившим ребенка - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5, акушеркой - 6, фельдшером – 7. б) на основании: осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествовавшего наблюдения - 3, вскрытия – 4. 33. а) Свидетельство выдано, наименование медицинской организации:_____ _____ б) Фамилия, имя, отчество, должность и подпись медицинского работника, выдавшего свидетельство_____

печать_____________подпись Руководитель медицинской организации_____________________фамилия 34. Удостоверение/паспорт матери № _______________ 35. Подпись матери ________________ дата _______________Заполняется в регистрирующем органе 36. Свидетельство проверено в регистрирующих органах врачом, ответственным за правильность заполнения. _____ год "__" ________ /подпись_________ | а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)____ | | | | | | | | б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)____ | | | | | | | | в) первоначальная заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)____ | | | | | | | | г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)____________________________ _________________ | | | | | | | | д) другие сопутствовавшие состояния _________________ | | | | | | | | печать_____________подпись | Руководитель медицинской организации_____________________фамилия | _____ год "__" ________ | /подпись_________ |

2

| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № ______ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _________)" Дата выдачи 1 - мертворожденный 2 - умер на 1-й неделе жизни | 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни |

|---|

| 1 |

| 2 |

| 3 |

| 4 |

| 5 |

| 6 |

| 7 |

| 8 |

| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 12.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 12.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3

| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № ______ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _________)" Дата выдачи 1 - мертворожденный 2 - умер на 1-й неделе жизни | 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 23 |

| 24 |

| 25 |

| 26 |

| 27 |

4

| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № ______ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _________)" Дата выдачи 1 - мертворожденный 2 - умер на 1-й неделе жизни | 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--- |---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 28 |

| 29 |

| 30 |

| 31 |

| 32 |

| 33 |

| а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)____ |

| б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)____ |

| в) первоначальная заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)____ |

| г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)_____________________________ __________________ |

| д) другие сопутствовавшие состояния __________________ |

| печать______________подпись | Руководитель медицинской организации______________________фамилия |

5

| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № ______ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _________)" Дата выдачи 1 - мертворожденный 2 - умер на 1-й неделе жизни | 1 - мертворожденный | 2 - умер на 1-й неделе жизни |

|---|

| _____ год "__" ________ | /подпись_________ |

Текст

---Линия отреза-------------------------

Текст

Корешок медицинского свидетельства о перинатальной смерти к форме № 046/у (окончательное, предварительное, взамен предварительного №___)

Текст

Дата выдачи 20____ год "___"______________

Текст

Наименование медицинской организации ___________

Текст

Мертворожденный - 1, умер на 1-й неделе жизни - 2 (подчеркнуть)

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери

_____

Пункт 2

2. Дата рождения матери: _____число, _____ месяц, _____ год

Пункт 3

3. Национальность матери _____

Пункт 4

4. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

Пункт 5

5. ФИО (при его наличии) (при его наличии) мужа

_____

Пункт 6

6. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного): _____ / Республика _____ Область/ ГРЗ _____ Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2) _____ ул., дом № _____ , кв. № _____

Пункт 7

7. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) _____

Должность или выполняемая работа _____

Пункт 8

8. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4,

среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

Пункт 9

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего ребенка (при его наличии) _____

Пункт 10

10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен – 3.

Пункт 11

11. Дата рождения (мертворождения): _____ мин, _____ час, _____ число, ____ месяц, _____ год

Пункт 13

13. Место смерти (мертворождения):

а) _____ / Республика _____ Область/ ГРЗ _____

Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/

Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2) _____ ул., дом № _____, кв. № _____

б) смерть (мертворождение) произошла: 1 – в стационаре _____2 -дома_____,

3 - в другом месте _____ (вписать)

Пункт 14

14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений) _____

Пункт 15

15. Какие по счету роды _____, беременность _____

Пункт 16

16. Продолжительность настоящей беременности_____ полных недель.

Пункт 17

17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением – 1,

мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем – 3, медицинским абортом - 4, в том числе по мед. показаниям - 5

Пункт 18

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:

рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3,

медицинским абортом - 5, в том числе по мед. показаниям – 6.

Пункт 19

19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки) _____

Пункт 20

20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо – 4.

Пункт 21

21. Осложнения родов:

| гипертермия во время родов | 01 |

|---|---|

| предлежание плаценты | 02 |

| преждевременная отслойка плаценты | 03 |

| неудачная попытка стимуляции родов | 04 |

| стремительные роды | 05 |

| затруднительные роды вследствие неправильного положения или пред лежания плода | 06 |

| гипертензия, вызванная беременностью | 07 |

| кровотечение во время родов | 08 |

| роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 09 |

| роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 10 |

| другие (указать) | 11 |

| не было | 00 |

Пункт 22

22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были - 2 (указать какие)

_____

_____

Пункт 23

23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, других многоплодных родах – 4.

Пункт 24

24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переношенным – 3.

Пункт 25

25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3.

Пункт 26

26. Масса ребенка (плода) при рождении _____ г

Пункт 27

27. Рост ребенка (плода) _____ см.

Пункт 28

28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4.

Пункт 29

29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно – 4.

Пункт 30

30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен – 4.

Пункт 31

31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин _____балл/баллов, через 5 мин _____баллов

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие

(указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Анемия | 01 |

| Болезни системы кровообращения | 02 |

1

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17

Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Болезни органов дыхания | 03 |

| Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 |

2

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05

Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Гипертензия кардиоваскулярная | 05 |

| Гипертензия почечная | 06 |

3

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим

состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Вызванная беременностью гипертензия | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Сахарный диабет | 08 |

4

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг

плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Болезни почек | 09 |

| Гидрамнион (многоводие) | 10 |

5

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие

(указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Олигогидрамнион | 11 |

| Эклампсия | 12 |

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром

Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 |

| Инфекция мочеполовых путей | 14 |

7

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг

плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Недостаточность питания при беременности | 15 |

| Генитальный герпес | 16 |

8

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не

было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Недостаточность плаценты | 17 |

| Rh-сенсибилизация | 18 |

9

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05

Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Крупный плод | 19 |

| Гипотрофия плода | 20 |

10

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим

состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Другие (указать) | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

| Не было | 00 |

11

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг

плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Курение | 01 |

| Употребление алкоголя | 02 |

12

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие

(указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Гипертермия во время родов | 01 |

| Предлежание плаценты | 02 |

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром

Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Преждевременная отслойка плацента | 03 |

| Стремительные роды | 04 |

14

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг

плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 |

| Кровотечение во время родов | 06 |

15

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не

было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 |

16

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за

мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 |

| Другие (указать) | 09 |

17

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 |

Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Не было	00																																																															

| Амниоцентез | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |

18

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция

свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Мониторинг плода | 02 |

| Стимуляция плода | 03 |

19

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного

положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Ультрасонография | 04 |

| Другие (указать) | 05 |

20

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион

(многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 |

Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Не производили | 00 |

| Анемия | 01 |

21

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные

аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Фатальный алкогольный синдром | 02 |

| Синдром мекониевой пробки | 03 |

22

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода

05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Легочная вентиляция до 30 мин | 04 |

| Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 |

23

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения:

Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Другие (указать) | 06 |

| Нет осложнений | 00 |

24

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность

питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Анэнцефалия | 01 |

| Спинно-мозговая грыжа | 02 |

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба |

05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Энцефалоцеле | 03 |

| Гидроцефалия | 04 |

26

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и

родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Расщелина неба | 05 |

| Тотальная расщелина губы | 06 |

27

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при

беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Атрезия пищевода | 07 |

| Атрезия ануса | 08 |

28

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05

Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Эписпадия | 09 |

| Редукционные пороки конечностей | 10 |

29

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим

состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Омфалоцеле | 11 |

| | | | | | |

| Синдром Дауна | 12 |

30

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг

плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Другие (указать) | 13 |

| Не было | 00 |

31

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие

(указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| В первой половине беременности | 01 |

| Во второй половине беременности | 02 |

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром

Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| - оплата за мед. услуги | 02.1 |

| - отсутствие работы | 02.2 |

33

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг

плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| - отсутствие прописки | 02.3 |

| - по незнанию | 02.4 |

34

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не

было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05 Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| - по другим причинам | 02.5 |

| Не наблюдалась у врача | 03 |

35

| 32. Медицинские факторы риска настоящей беременности Анемия 01 Болезни системы кровообращения 02 Болезни органов дыхания 03 Инфекционные и паразитарные болезни матери 04 Гипертензия кардиоваскулярная 05 Гипертензия почечная 06 Вызванная беременностью гипертензия 07 Сахарный диабет 08 Болезни почек 09 Гидрамнион (многоводие) 10 Олигогидрамнион 11 Эклампсия 12 Кровотечение в ранние сроки беременности 13 Инфекция мочеполовых путей 14 Недостаточность питания при беременности 15 Генитальный герпес 16 Недостаточность плаценты 17 Rh-сенсибилизация 18 Крупный плод 19 Гипотрофия плода 20 Другие (указать) 21 Не было 00 33. Прочие факторы риска во время беременности: Курение 01 Употребление алкоголя 02 34. Осложнения родов: Гипертермия во время родов 01 Предлежание плаценты 02 Преждевременная отслойка плаценты 03 Стремительные роды 04 Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05 Кровотечение во время родов 06 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00 | Анемия | 01 | Болезни системы кровообращения | 02 | Болезни органов дыхания | 03 | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | Гипертензия почечная | 06 | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | Сахарный диабет | 08 | Болезни почек | 09 | Гидрамнион (многоводие) | 10 | Олигогидрамнион | 11 | Эклампсия | 12 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Инфекция мочеполовых путей | 14 | Недостаточность питания при беременности | 15 | Генитальный герпес | 16 | Недостаточность плаценты | 17 | Rh-сенсибилизация | 18 | Крупный плод | 19 | Гипотрофия плода | 20 | Другие (указать) | 21 | Не было | 00 | Курение | 01 | Употребление алкоголя | 02 | Гипертермия во время родов | 01 | Предлежание плаценты | 02 | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | Стремительные роды | 04 | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Кровотечение во время родов | 06 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | Другие (указать) | 09 | Не было | 00 | 35. Акушерские процедуры Амниоцентез 01 Мониторинг плода 02 Стимуляция плода 03 Ультрасонография 04 Другие (указать) 05 Не производили 00 36. Осложнения периода новорожденности: Анемия 01 Фатальный алкогольный синдром 02 Синдром мекониевой пробки 03 Легочная вентиляция до 30 мин 04 Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05 Другие (указать) 06 Нет осложнений 00 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) Анэнцефалия 01 Спинно-мозговая грыжа 02 Энцефалоцеле 03 Гидроцефалия 04 Расщелина неба 05

Тотальная расщелина губы 06 Атрезия пищевода 07 Атрезия ануса 08 Эписпадия 09 Редукционные пороки конечностей 10 Омфалоцеле 11 Синдром Дауна 12 Другие (указать) 13 Не было 00 38 Социальные факторы Мать взята под наблюдение: В первой половине беременности 01 Во второй половине беременности 02 Причины: - оплата за мед. услуги 02.1 - отсутствие работы 02.2 - отсутствие прописки 02.3 - по незнанию 02.4 - по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02 | Амниоцентез | 01 | Мониторинг плода | 02 | Стимуляция плода | 03 | Ультрасонография | 04 | Другие (указать) | 05 | Не производили | 00 | Анемия | 01 | Фатальный алкогольный синдром | 02 | Синдром мекониевой пробки | 03 | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | Другие (указать) | 06 | Нет осложнений | 00 | Анэнцефалия | 01 | Спинно-мозговая грыжа | 02 | Энцефалоцеле | 03 | Гидроцефалия | 04 | Расщелина неба | 05 | Тотальная расщелина губы | 06 | Атрезия пищевода | 07 | Атрезия ануса | 08 | Эписпадия | 09 | Редукционные пороки конечностей | 10 | Омфалоцеле | 11 | Синдром Дауна | 12 | Другие (указать) | 13 | Не было | 00 | В первой половине беременности | 01 | Во второй половине беременности | 02 | - оплата за мед. услуги | 02.1 | - отсутствие работы | 02.2 | - отсутствие прописки | 02.3 | - по незнанию | 02.4 | - по другим причинам | 02.5 | Не наблюдалась у врача | 03 | Естественный путь родоразрешения | 01 | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

|---|

| Естественный путь родоразрешения | 01 |

| Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

Пункт 40

40. Причина перинатальной смерти:

| а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)____ | Код МКБ-10 Дата (болезни) начало/окончание | Код МКБ-10 | Дата (болезни) начало/окончание |

|---|---|---|---|

| Код МКБ-10 | Дата (болезни) начало/окончание | | |

| б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) ____ | | | |

| в) первоначальное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) ____ | | | |

| г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода) _____ | | | |

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача (среднего медицинского работника),

Текст

выдавшего свидетельство о смерти: _____

Текст

Запись акта о рождении: 20 ___ жылғы/года _____ _____№ _____

Текст

Запись акта о смерти: 20 ___ жылғы/года _____№ _____

Текст

Наименование регистрирующего органа

Текст

_____

Текст

Идентификатор сотрудника регистрирующего органа _____

Глава Форма № 047/у "Реабилитационная карта №_____"

Раздел 1

Текст

Общая часть

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Житель

города

села

Пункт 8

8. Адрес проживания

Пункт 9

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

Пункт 10

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 11

11. Группа инвалидности

Пункт 12

12. Тип возмещения

Пункт 13

13. Социальный статус

Пункт 14

14. Пациент направлен

Пункт 15

15. Тип госпитализации Код госпитализации

Запись врача приемного покоя

Информация о текущей госпитализации:

Пункт 16

16. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

Пункт 17

17. Диагноз направившей организации (указать реабилитационный потенциал

согласно шкале реабилитационного маршрута)

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

| ФИО (при его наличии) родственника | Кем приходится | Телефон |

|---|---|---|

Текст

Первичный осмотр врача

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Анамнез болезни

Пункт 3

3. Анамнез жизни

Пункт 4

4. Жалобы

Пункт 5

5. Аллергоанамнез (включая непереносимость препаратов)

Пункт 6

6. Перенесенные инфекции название заболевания дата заболевания

Туберкулез

да

нет Кож-Вен.

да

нет

Гепатит

да

нет др.

Вирусный гепатит

да

нет

Корь, краснуха

да

нет

Ветряная оспа

да

нет эпидемический паротит

да

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными пациентами не был

Пункт 7

7. Признаки особо опасных инфекций и ОРВИ

да

нет

Если да, пациент помещен в изолятор

да

нет

Пункт 8

8. Вид транспортировки

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии) ID

Данные объективного статуса

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Объективный статус (вкладной лист 1)

Пункт 3

3. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

Выставление предварительного диагноза (приемный покой)

Пункт 4

4. Предварительный диагноз

Пункт 5

5. Диагноз при поступлении

Пункт 6

6. Указать оценку двигательной активности международных шкал.

Пункт 7

7. Определение шкалы реабилитационной маршрутизации.

Пункт 8

8. Сортировка пациента (Приемный покой)

Краткий осмотр пациента

Пункт 1

1. Оценка приоритета (вместо триаж-системы)

Пункт 2

2. Оценить состояние пациента, согласно Критериям обоснованности госпитализации:

| Установление инфекционной патологии или высокого инфекционного риска | Сыпь на кожных покровах | нет | да |

|---|---|---|---|

| Повышение температуры тела | нет | да | |

| Отделяемое из носа | нет | да | |

| Кашель | нет | да | |

| Боль в горле | нет | да | |

| Рвота | нет | да | |

| Жидкий стул | нет | да | |

| Метеоризм | нет | да | |

| Уретральный катетер | нет | да | |

| Зондовое питание | нет | да | |

| Калостома | нет | да | |

| Пролежни | нет | да | |

| Трахеостома | нет | да | |

| Наличие дисфагии | нет | да | |

| Наличие за последние 6 месяцев (вписать в строку) | Судороги | нет | да |

| Травмы | нет | да | |

| Операции | нет | да | |

| Принимает противосудорожные препараты | нет | да | |

| Особенности поведения, слабый зрительный контакт, стереотипии | нет | да | |

| Аллергологический анамнез (если да, написать на что, побочное действие) | нет | да | |

Пункт 3

3. Обосновать необходимость госпитализации, либо отказа, либо направление в другой стационар

Пункт 4

4. Провести первичную оценку реабилитационного прогноза и потенциала, согласно шкале "Центильного коридора".

Госпитализация:

показана

противопоказана ФИО (при его наличии) и ID врача приемного покоя ФИО (при его наличии) ID

Первичный сестринский осмотр пациента (заполняется в профильном отделении в течение 24 часов после поступления)

Пункт 1

1. Общие данные (вид поступления, язык общения, организованность)

Пункт 2

2. Инструктаж пациента (наличие собственных медикаментов, режим сна, экономическая оценка, режим питания)

Пункт 3

3. Осмотр пациента (функциональный скрининг, оценка кожи по шкале Нортон, оценка риска падения по шкале Морзе (на усмотрение медперсонала))

Пункт 4

4. Опрос пациента (насилие в семье, оценка необходимости обучения пациента/семьи, культурные разнообразия)

Первичный сестринский осмотр проведен: ФИО (при его наличии) ID

Раздел 2

Текст

Первичный осмотр лечащего врача

Пункт 1

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка

Пункт 2

2. Жалобы

Пункт 3

3. Объективный статус пациента (Вкладной лист 1)

Пункт 4

4. Анамнез заболевания

Пункт 5

5. Анамнез жизни

Пункт 6

6. Наследственность

Пункт 7

7. Прием медикаментов на момент госпитализации наименование, когда и причины приема.

Пункт 8

8. Обоснование предварительного диагноза

Пункт 9

9. План медицинской реабилитации

Пункт 10

10. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

| | Вкладной лист 1 к реабилитационной карте |

|---|---|

Глава Объективный статус пациента

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Рост (при поступлении и необходимости от профиля МО),

Пункт 3

3. вес (при поступлении и необходимости от профиля МО),

Пункт 4

4. ЧСС,

Пункт 5

5. ЧДД,

Пункт 6

6. АД,

Пункт 7

7. температура,

Пункт 8

8. количество выпитой жидкости,

Пункт 9

9. наличие/отсутствие стула и мочеотделения,

Пункт 10

10. Лист командной оценки,

Пункт 11

11. Шкала оценки реабилитационного потенциала:

- А. Анатомические ограничения (двигательная, сенсорная);

- Б. Когнитивные и речевые нарушения (речевые нарушения, когнитивные нарушения, уровень коммуникации);

- В. Показатели по шкале социальной адаптации (шкала/степень зависимости).

Пункт 12

12. Оценка двигательной активности с помощью международных шкал:

- Gross Motor Function Measure (GMFM) (на усмотрение медперсонала);

- Оценка навыков самообслуживания и бытовой адаптации (модифицированная шкала Бартела) (на усмотрение медперсонала);

- Шкала функциональной независимости FIM (двигательная функция) (на усмотрение медперсонала);

- Когнитивные функции.

ФИО (при его наличии) и идентификатор врача

| | Вкладной лист 2 к реабилитационной карте |

|---|---|

Глава Дневник

Пункт 1

1. Дата и время

Пункт 2

2. Объективный статус пациента

Пункт 3

3. Жалобы

Пункт 4

4. ЛФК

Пункт 5

5. Физиотерапия;

Пункт 6

6. Трудотерапия.

Пункт 7

7. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

| | Вкладной лист 3 к реабилитационной карте |

|---|---|

Глава Информированное согласие пациента

Текст

В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь предоставляется после получения информированного согласия пациента на получение медицинской помощи)

Текст

ИИН

Текст

ФИО (при его наличии) – полностью

Текст

Дата рождения дата месяц год

Текст

Находясь в (наименование МО) (из регистра МО)

Текст

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

Текст

ФИО (при его наличии)

Подпункт 1

1) Мне разъяснены возможные последствия переливания крови и ее компонентов (реакции, осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

Подпункт 2

2) Информирован(а) о правах и обязанностях пациента, при лечении туберкулеза, о соблюдении рекомендаций по поведению пациента туберкулезом, возникновении побочных реакций, применении мер принудительной изоляции при уклонении и/или отрывов (нарушение режима).

Подпункт 3

3) Мною представлена вся необходимая информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

Подпункт 4

4) Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы в доступной форме.

Подпись: _____ Дата и время

Если заполнил родственник/опекун /законный представитель пациента:

ФИО (при его наличии)

ФИО (при его наличии) врача

Дата и время

Примечание: Согласие на проведение инвазивного вмешательства подлежит отзыву, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента

| | Вкладной лист 4 к реабилитационной карте |

|---|---|

Глава Лист врачебных назначений

Пункт 1

1. Дата и время назначения

Пункт 2

2. Режим

Пункт 3

3. Диета

Пункт 4

4. Наименование услуги, лекарственного средства

Пункт 5

5. Дата назначения (по времени) и дата окончания

Пункт 6

6. Идентификатор и ФИО (при его наличии) врача

| | Вкладной лист 5 к реабилитационной карте |

|---|---|

Текст

Обоснование всех видов диагноза

Пункт 1

1. Дата и время

Пункт 2

2. Объективный статус

Пункт 3

3. Жалобы

Пункт 4

4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических исследований

Пункт 5

5. Диагноз

Пункт 6

6. Лист врачебных назначений

Пункт 7

7. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

| | Вкладной лист 6 к реабилитационной карте |

|---|---|

Текст

Консультация специалиста

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Вид консультации

Пункт 3

3. Жалобы: _____

Пункт 4

4. Анамнез жизни: _____

Пункт 5

5. Анамнез заболевания: _____

_____

Пункт 6

6. Объективные данные: _____

_____

Пункт 7

7. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

Пункт 8

8. Диагноз

Пункт 9

9. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

Пункт 10

10. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

При наличии:

Пункт 11

11. Записи консилиумов содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендациям по обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется.

Выписной эпикриз

Пункт 1

1. Диагноз клинический Дата установления

Пункт 2

2. Другие виды лечения

Пункт 3

3. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности № листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности

Пункт 4

4. Исход пребывания. Переведен в МО (из регистра МО)

Пункт 5

5. Трудоспособность

Пункт 6

6. Дата и время выписки

Пункт 7

7. Проведено койко-дней

Пункт 8

8. Для поступивших на экспертизу – заключение

Заведующий отделением ФИО (при его наличии) ID Лечащий врач ФИО (при его наличии) ID

Заполняется при наступлении смерти:

Умер дд/мм/гг Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение: Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного

сопутствующий

Врач ФИО (при его наличии) ID

Глава Список сокращений формы № 047/у "Реабилитационная карта":

| 1 | АД | Артериальное давление |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МИС | Медицинская информационная система |

| 4 | МО | Медицинская организация |

| 5 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 6 | ЧДД | Частота дыхательных движений |

| 7 | ЧСС | Частота сердечных сокращений |

| 8 | ЛФК | Лечебная физическая культура |

Глава Форма № 048/у "Обменная карта беременной и родильницы №_____"

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной |

|---|

| Дата и год рождения |

| ИИН |

| Дата взятия на учет |

| Профессия |

| Образование |

| Домашний адрес |

| Телефон |

| Группа крови беременной |

| Резус принадлежность беременной |

| Дата определения |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа |

| ИИН мужа |

| Профессия |

| Образование |

| Домашний адрес |

| Телефон |

| Группа крови, резус фактор (по показаниям) |

| Результат флюорографического обследования |

Текст

Если Вы нашли этот документ, пожалуйста, верните по указанному адресу

| Ваш врач: |

|---|

| Телефон |

| Акушерка |

| Участок |

| Кабинет |

| Телефон |

Текст

Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации

Текст

Прием:

| | Часы приема: |

|---|---|

| Понедельник | |

| Вторник | |

| Среда | |

| Четверг | |

| Пятница | |

| Суббота | |

Текст

Обратилась по направлению

Текст

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Текст

Уважаемая _____!

Текст

Поздравляем Вас!

Текст

Вы – будущая мама! Мы рады содействовать

Текст

Вам в самое лучшее время - период вынашивания и рождения Вашего ребенка!

Текст

Обменная карта представляет собой личную медицинскую карту матери, которая является источником информации о состоянии здоровья с момента беременности до родов, во время родов и после родов.

Текст

Инструкции:

Текст

- Внимательно прочитайте и просмотрите все содержимое обменной карты.

Текст

- Берите с собой эту карту всегда, в том числе, когда Вы обращаетесь в любое медицинское учреждение.

Текст

- Заполните информацию самостоятельно на указанных страницах.

Текст

При возникновении вопросов, обратитесь к медицинскому работнику

Текст

Анамнез

| Отец (ребенка): Данные о здоровье отца |

|---|

| Наследственность |

| Мать (ребенка): |

| Наследственность |

| Перенесенные заболевания |

| Гепатит |

| Туберкулез |

| Венерические заболевания |

| Хронические заболевания (состоит ли на динамическом учете, получает ли базисную терапию) |

| Перенесенные операции |

| Гемотрансфузии |

| Аллергоанамнез |

| Рентгенологическое обследование легких(результат последнего обследования) |

Текст

Менструальная функция

| Менархе с лет |

|---|

| Длительность менструации |

| Продолжительность цикла, обильные умеренные скудные (подчеркнуть) |

| Половая жизнь с лет |

| Брак: зарегистрирован; не зарегистрирован; не замужем (подчеркнуть) |

| Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований |

| Гинекологический анамнез |

| Контрацепция |

| Гинекологические операции |

Текст

Акушерский анамнез:

| Сколько всего было беременностей, из них: родов самопроизвольных выкидышей внематочных беременностей медицинских абортов | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Паритет | Год, дата | Исход беременности и срок | Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес) | Особенности течения родов, послеродового периода | Пол ребенка | |

| абортом | родами | | | | |

| искусственными (хирургический, медикаментозный) | самопроизвольным, в том числе замершей | Преждевременными | в срок | | | |

| Последняя менструация с 20 (года) по 20 (года) | | | | | | |

| Беременность спонтанная или индуцированная(стимуляция овуляции, инсеминация, ЭКО) (подчеркнуть) | | | | | | |

| Первое движение плода 20 (года) | | | | | | |

| Предполагаемый срок родов 20 (года) | | | | | | |

Текст

Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода

Текст

Первое обследование беременной

| Жалобы |

|---|

| Объективные данные: |

| Общее состояние |

| Рост см. Масса (вес) кгод |

| ИМТ (индекс массы тела) |

| Кожные покровы |

| Наличие варикозно расширенных вен на нижних конечностях |

| Отеки |

| Исследование молочных желез |

| Состояние органов дыхания |

| Сердечно - сосудистой системы |

| АД |

| Живот (мягкий безболезненный) |

| Печень, селезенка |

| Симптом поколачивания |

| Другие органы |

| Мочеиспускание Стул |

| Акушерский статус: |

| Размеры таза по показаниям (рост менее 150см и выше 170 см, травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей): |

| D. Sp. _____ D. cr. _____D. troch _____ c. ext _____ |

| C. diag _____ C. vera _____ |

| Наружное акушерское исследование: высота дна матки _____см. |

| Окружность живота (по показаниям) _____см. |

| Положение плода, позиция, вид |

| Предлежание |

| Сердцебиение плода |

| Срок беременности: |

| По менструации |

| По УЗИ (раннему до 13 недель 6 дней) |

Текст

Гинекологическое исследование:

| Наружные половые органы |

|---|

| В зеркалах |

| Влагалище |

| Шейка матки |

| Тело матки |

| Придатки |

| Особенности |

| Диагноз: |

| Рекомендации |

| Подпись врача Дата |

Глава Оценка риска возникновения осложнений при беременности

| № | Фактор риска | да | нет |

|---|---|---|---|

| 1. | Возраст до 18 лет | | |

| 2. | Возраст старше 35 лет | | |

| 3. | ИМТ менее 18 | | |

| 4. | ИМТ – 30 и более | | |

| 5. | Интервал менее 2 лет после предыдущих родов | | |

| 6. | Интервал менее 6 месяцев после аборта или выкидыша | | |

| 7. | Высокий паритет родов (4 и более) | | |

| 8. | ЭГП в настоящее время | | |

| 9. | Многоплодная беременность (данная) | | |

| 10. | Отрицательный резус фактор | | |

| 11. | Беременность после ВРТ (данная) | | |

| 12. | Перенесенные операции на органах репродуктивной системы (ЭМА, миомэктомия, рубец на матке) | | |

| 13. | Преждевременные роды в анамнезе (ИЦН, цервикальный серкляж и прочее) или 3 и более самопроизвольных выкидыша | | |

| 14. | Преэклампсия/эклампсия в анамнезе | | |

| 15. | Мертворожденные в анамнезе (антенатальная или интранатальная гибель плода) | | |

| Женщина ответила "да" на один из вопросов | Вероятный риск | Да или нет | |

| 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 14 | Преэклампсия/эклампсия | | |

| 1-4 | Преждевременные роды | | |

| 1, 2, 5, 8-11, 15 | Антенатальная гибель плода | | |

| 1-5, 11 | ЗВУР | | |

| 1-8, 12 | Кровотечение | | |

Глава Повторная оценка факторов риска (риск определяется при каждом посещении)

| № | Дата приема | Факторы риска | Примечание (предполагается родоразрешение (наименование МО), предполагаемый уровень родоразрешения) |

|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 |

Текст

Гравидограмма

Текст

Результаты обследования

Пункт 1

1. Общий анализ крови

| Дата | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Гемоглобин | | | | | | | | | | | |

| Эритроциты | | | | | | | | | | | |

| Цветной показатель | | | | | | | | | | | |

| Тромбоциты | | | | | | | | | | | |

| СОЭ | | | | | | | | | | | |

| Лейкоциты | | | | | | | | | | | |

| Палочкоядерные | | | | | | | | | | | |

| Сегментоядерные | | | | | | | | | | | |

| Эозинофилы | | | | | | | | | | | |

| Базофилы | | | | | | | | | | | |

| Лимфоциты | | | | | | | | | | | |

| Моноциты | | | | | | | | | | | |

Пункт 2

2. Общий анализ мочи

| Дата | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Удельный вес | | | | | | | | | | | |

| Эпителий плоский | | | | | | | | | | | |

| Лейкоциты | | | | | | | | | | | |

| Эритроциты | | | | | | | | | | | |

| Цилиндры | | | | | | | | | | | |

| Сахар | | | | | | | | | | | |

| Белок | | | | | | | | | | | |

| Бактерии | | | | | | | | | | | |

| Соли | | | | | | | | | | | |

Пункт 3

3. Другие исследования

| Дата | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|

| Бакпосев мочи | | | | | |

| Кровь на сахар (по показаниям) | | | | | |

| Пероральный тест на толерантность к глюкозе при наличии факторов | | | | | |

| Бакпосев содержимого влагалища (по показаниям) | | | | | |

| Анализ мочи по Нечипоренко (по показаниям) | | | | | |

Пункт 4

4. Обследование на инфекции

| Обследование/дата | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|

| RW | | | | | |

| ВИЧ | | | | | |

| Мазок на микроскопию (по показаниям) | | | | | |

| Мазок на онкоцитологию (по показаниям) | | | | | |

Пункт 5

5. Пренатальный скрининг

| Период проведения | Дата проведения | Срок беременности | Результаты обследования | Примечание |

|---|---|---|---|---|

| 1 триместр (10-14 нед) | | | | |

| 2 триместр (16-20 нед) | | | | |

Пункт 6

6. Ультразвуковой скрининг

| Период проведения | Дата проведения | Маркеры ХА (при наличии) | Заключение | Рекомендации |

|---|---|---|---|---|

| 1 триместр (10-14 недель) | | ТВП -ДНК - | | |

| 2 триместр (20-22 недель) | | | | |

| 3 триместр (32- 34 недель) | | | | |

Текст

Консультации

| Первый осмотр терапевта |

|---|

| Жалобы |

| Анамнез Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве) |

| Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень родства) |

| Перенесенные заболевания: общие |

| Детские инфекции |

| Гепатиты |

| Туберкулез |

| Венерические заболевания |

| Другие инфекции |

| Перенесенные острые заболевания |

| Хронические заболевания (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно- двигательного аппарата и другие) |

| Диспансерный учет (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема, какие препараты принимает) |

| Госпитализация (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название мед. организации, экстренная или плановая) |

| Перенесенные операции, осложнения |

| Перенесенные травмы и их последствия |

| Гемотрансфузии |

| Аллергоанамнез |

Текст

Общее состояние

| Особенности телосложения: |

|---|

| Нормостеник (астеник, гиперстеник) |

| Кожные покровы |

| Температура |

| Состояние полости рта |

| Состояние зева, миндалин |

| Осмотр области щитовидной железы |

| Лимфоузлы |

| Отеки (нет, есть, локализация) |

| Осмотр молочных желез |

| Состояние органов дыхания |

| Сердечно-сосудистой системы |

| Пульс |

| АД: на правой руке _____на левой руке _____ |

| Живот (мягкий безболезненный) |

| Печень, селезенка |

| Симптом поколачивания |

| Другие органы |

| Мочеиспускание _____Стул _____ |

| Диагноз |

| Рекомендации |

| Подпись врача _____ Дата _____ |

| Повторный осмотр терапевта |

| Консультации специалистов |

| Специалист |

| Диагноз |

| Рекомендации |

| Консультации специалистов |

| Специалист |

| Диагноз |

| Рекомендации |

Текст

Подготовка к родам

| Школа подготовки к родам | | | | |

|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок беременности | Тема занятия | Посещение партнера | Подпись врача |

Текст

Патронажные посещения

| Дата | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Срок беременности | | | | | | | | |

| Жалобы | | | | | | | | |

| Общее состояние (отеки) | | | | | | | | |

| АД | на правой руке | | | | | | | |

| на левой руке | | | | | | | | |

| Положение плода | | | | | | | | |

| Сердцебиение плода | | | | | | | | |

| Бытовые условия | | | | | | | | |

| Социальное благополучие | | | | | | | | |

| Социально-правовая помощь(по показаниям) | | | | | | | | |

| Рекомендации | | | | | | | | |

| Подпись | | | | | | | | |

Текст

Патронаж педиатра

Текст

Патронаж соцработника (по показаниям)

Текст

Протокол обследования во время беременности (проверочный лист для медицинских работников)

| | Срок гестации в неделях | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Клинический осмотр | До 12 | 16-20 | 24-26 | 30-32 | 36 | 38-40 | 41 | До 42 дней после родов |

| Визит к медицинскому работнику | x | x | x | x | x | x | x | |

| Осмотр и анамнез, жалобы | x | x | x | x | x | x | x | x |

| -вес, рост - ИМТ | x | | | x** | | | | |

| - ВДМ | | x* | x | x | x | x | | |

| - сердцебиение и движение плода | | x | x | x | x | x | x | |

| - АД | x | x | x | x | x | x | x | |

| - гинекологическое обследование | x | | | | | | | x |

| - осмотр ног (варикозное расширение вен) | x | x | x | x | x | x | x | |

| - наружное акушерское обследование | | | | | x | x | x | |

| - тревожные признаки (головная боль, нарушение зрения, затрудненное дыхание) | | | x | x | x | x | x | |

| Анализы | До 12 | 16-20 | 24-26 | 30-32 | 36 | 38-40 | 41 | До 42 дней после родов |

| - ОАК | x | | | x | | | | x |

| - группа крови, Rh | x | | | | | | | |

| - кровь на антитела при Rh (-) | | | x | | | | | |

| - RW | x | | | x | | | | |

| - ВИЧ | x | | | x | | | | |

| - сахар крови | ха | | | | | | | |

| - ОАМ | x | | | x | | | | |

| - анализ мочи (определение белка) | | x | x | x | x | x | x | |

| - скрининг на бессимптомную бактериурию (посев мочи) | x | | | | | | | |

| - мазок на степень чистоты влагалища при появлении жалоб (по показаниям) | | | | | | | | |

| - УЗИ | x | x | | | x | | | |

| - PAPP | x | | | | | | | |

| - АФП/ХГЧ с 16 до 20 недель если не проведен PAPP | | x | | | | | | |

| Генетическое обследование | | | | | | | | |

| - консультация генетика | x | | | | | | | |

| - биопсия хориона до 12 недель | x | | | | | | | |

| -амниоцентез (по показаниям) | | | | | | | | |

| Консультации, назначения и рекомендации | До 12 | 16-20 | 24-26 | 30-32 | 36 | 38-40 | 41 | До 42 дней после родов |

| - фолиевая кислота | x | | | | | | | |

| - железо (по показаниям) | x | | | | | | | |

| - йод (по показаниям) | x | | | | | | | |

| - кальций (группе риска по преэклампсии и женщинам с низким потреблением кальция) | x | x | x | x | x | x | x | |

| - аспирин (группе риска по преэклампсии) | x | x | x | x | x | x | x | |

| - питание, физические упражнения | x | x | x | x | x | x | x | |

| - антенатальный визит, желательно с партнером | x | x | x | x | x | x | x | |

| - консультирование по общим вопросам | x | x | x | x | x | x | x | |

| - тревожные симптомы | x | x | x | x | x | x | x | |

| - контрацепция после родов (выбор метода) | | | | | x | x | x | x |

| Школа по подготовке к родам и посещение роддома: | x | x | x | x | x | x | x | |

| - положения во время схваток | | | | x | x | x | x | |

| - послеродовая контрацепция | | | | | x | x | x | x |

| - грудное вскармливание, уход за новорожденным | | | | | x | x | x | x |

Текст

* Гравидограмма заполняется с 20 недель беременности

Текст

** при ИМТ ниже нормы при первой явке (до 12 недель), следует определить вес беременной в 30 недель

Текст

a при ИМТ выше нормы при первой явке (до 12 недель), следует исключить сахарный диабет

Текст

b женщины в 37 лет и старше; имеющие в анамнезе ВПР плода, невынашивание, кровнородственный брак

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 1 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 1 визит | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 2 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 2 визит | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 3 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 3 визит | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 4 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 4 визит | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 5 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 5 визит | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 6 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 6 визит | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 7 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 7 визит | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Текст

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Текст

Рост Вес ИМТ

| 8 визит | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | 8 визит | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Срок гестации (нед., дни) | Общее состояние | АД | ВДМ | Бакпосев мочи | Анемия | Отеки | Сердцебиение плода (чсс/мин) | Шевеление плода | Положение плода | Заболевания |

| | | | | | | Нет | Нет | Нет | | Нет | | |

| | | | | | | Да | Да | Да | | Да | | |

Текст

Диагноз

Текст

Рекомендации

Текст

ФИО медицинского работника

Текст

Специальность

Текст

Дата следующего визита:

Текст

Подпись

Глава Дневник самонаблюдения беременной

| Дата | АД | Отеки | Головная боль | Изменение характера шевелений плода | Комментарии |

|---|---|---|---|---|---|

| утро | вечер | утро | вечер | | |

Глава Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

| Дата поступления в родильный дом |

|---|

| Исход беременности (аборт, преждевременные роды, роды в срок) недель |

| Дата родов |

| Диагноз |

| Особенности родов |

| Ребенок: пол, масса (вес) грамм, рост см. |

| Выписался, переведен в больницу (подчеркнуть) |

| Диагноз |

| Оперативные пособия в родах |

| Обезболивание: применялось нет/да, какое |

| Течение послеродового периода |

| Выписана на (сутки после родов) |

| Дата выписки |

| Диагноз и наименование стационара (при переводе) |

| Состояние ребенка при рождении |

| в родильном доме |

| при выписке |

| Особые замечания |

| 20 год |

| Отпуск по беременности с 20 года по 20 года |

| Лист о временной нетрудоспособности № |

| Роды 20 года (в срок, раньше, позже) на (дней) |

| Роды произошли в |

| Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах на дней с 20 года по 20 года |

| Лист о временной нетрудоспособности № |

Текст

Наблюдение за родильницей

| Дата | Жалобы | Данные обследования | Советы, назначения |

|---|---|---|---|

| | | 1) флюорография | |

Текст

Подпись врача

Текст

Подпись заведующего отделени

Глава Форма № 049/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций"

| | Начат "___" _____ год | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | Окончен "___" _____год | | | | | | | | |

| № | Дата, время обращения пострадавшего | Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (ФИО (при его наличии), должность) | Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации | Данные об аварийной ситуации | Кем и когда передано сообщение в ОЦ СПИД, либо обращение самого пострадавшего | | | | | |

| | | | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Индивидуальный идентификационный номер | Дата рождения | Домашний адрес, телефон | Место работы должность | Дата, время аварийной ситуации | Обстоятельства, что сделано | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Текст

Продолжение таблицы

| Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации) | Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего | Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ | Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначение) | Примечания | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| При аварийной ситуации | Через 1 мес. | Через 3 мес. | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |

| | Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуации при проведении медицинских манипуляций | | | | | |

Глава Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

| ФИО (при его наличии): ИИН: | Адрес (рабочий): Адрес (домашний): | | |

|---|---|---|---|

| Дата рождения: | Пол: | Должность: Стаж работы: | |

| Дата/время контакта: | Где произошел контакт: | | |

| Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание): | | | |

| Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошел контакт: | | | |

| Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта | | | |

| Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт: Материал содержал: ВГВ ВГС ВИЧ: Если пациент ВИЧ-инфицирован: Стадия заболевания: Вирусная нагрузка: Сведения об АРТ: Резистентность к АРТ: Проведено до тестовое консультирование: | Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту: Инфицирован: ВГВ ВГС: ВИЧ: Сопутствующие заболевания: Вакцинация против гепатита В: Поствакцинальный иммунитет: Проведено дотестовое консультирование: | | |

| Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование: Направления: | Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование: Направления: | | |

| | Предложена постконтактная профилактика: Получено информированное согласие: Препараты: | | |

| Обследования после контакта: | Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы | | |

| 1-я неделя | | | |

| 2-я неделя | | | |

| 3-я неделя | | | |

| 4-я неделя | | | |

| Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: 1 месяц 3 месяца | | | |

| Подпись/Печать | Дата: | | |

| Сроки начала химиопрофилактики (дата, время) | Схематерапии | Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время) | Приверженность |

Текст

Печать МО

Текст

Подписи представителей администрации МО

Текст

Дата заполнения "_____" _____ 20_____ год

| | Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций |

|---|---|

Глава Бланк информированного согласия на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Текст

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____

Текст

предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции,

Текст

основанной на рекомендациях _____

Текст

и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Текст

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100 %.

Текст

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты,

Текст

в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Текст

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов

Текст

на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему

Текст

врачу для обследования и лечения.

Текст

Дата _____

Текст

ФИО (при его наличии)

Текст

Подпись_____

Глава Список сокращений формы № 049/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций":

| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

|---|---|---|

| 2 | АРТ | Антиретровирусная терапия |

| 3 | ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |

| 4 | ВГВ | Вирус гепатита В |

| 5 | ВГС | Вирус гепатита С |

| 6 | ПКП | Пост-контактная профилактика |

| 7 | МО | Медицинская организация |

| 8 | СПИД | Синдром приобретенного иммунодефицита |

| 9 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 050/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет"

| 1. Регистрационный № карты _____ РМН | | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Пункт 2

2. Фамилия* _____ имя _____ отчество (при его наличии) _____

Пункт 3

3. ИИН _____

| 4. Пол | | мужской | | женский | | не определен** |

|---|---|---|---|---|---|---|

Пункт 7

7. Национальность***_____

| 6. Состояние при рождении): | | живорожденный | | мертворожденный | | до начала родов | | во время родов |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Пункт 7

7. Дата рождения ___ число ___ месяц _____ год_____ время (час, минуты) _____

7.1 Место рождения:

| | в стационаре**** | | в другом месте | | | дома | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 8. Переведен | | в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детского стационара | | в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации | | | |

| | | в другой стационар | | | | | |

| 9. День перевода: _____ число _____ месяц _____ год _____ время (час, минуты) _____. | | | | | | | |

| 10. Выписан: | | на участок по месту жительства | | | | | |

Пункт 11

11. Дата выписки (смерти) ____ дата _____ месяц _____ год _____ время (час, минуты)

| 12. Житель: | | город | | село |

|---|---|---|---|---|

Пункт 13

13. Место жительства*****: область/город республиканского значения _____

район /город областного значения _____, населенный пункт _____,

домашний адрес _____

Пункт 14

14. Организация прикрепления _____

Пункт 15

15. Масса (вес) ребенка (мертворожденного) при рождении _____ год

Пункт 16

16. Рост ребенка (плода) при рождении _____ см.

Пункт 17

17. Дата рождения матери: _____ дата _____ месяц _____ год

| 18. Семейное положение матери: | | состоит в браке | | не состоит в браке | | | | вдова |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | разведена | | неизвестно | | | | | |

Пункт 19

19. Ребенок родился при сроке беременности _____ полных недель.

Пункт 20

20. Которые по счету роды _____.

Пункт 21

21. Который по счету родившийся ребенок у матери _____.

Пункт 22

22. Которая по счету беременность _____.

Пункт 23

23. Место смерти:

область /город республиканского значения _____,

район /город областного значения _____,

населенный пункт _____ _____,

медицинская организация _____

_____

| 24. Смерть (мертворождение) наступила: | | в стационаре | | на дому | | в доме ребенка | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | в родильном доме | | в другом месте | | | | |

| 25. При наступлении смерти в родильном отделении: | | умер до суток пребывания в родильном отделении | | | | |

| в стационаре: | | умер до суток пребывания в стационаре | | | | |

| 26. Смерть ребенка (мертворождение) произошла от: | | заболевания | | несчастного случая | | убийства | |

| | не установлено | | | | | |

Пункт 27

27. При наступлении смерти ребенка (мертворождения) в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации перинатальной помощи МО: 1, 2, 3, 4.

Пункт 28

28. Причина смерти по МКБ-10 умершего ребенка и мертворожденного******:

| | Клинический диагноз | Патологоанатомический диагноз | код МКБ-10 | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Состояние здоровья матери | | | | | | |

| d) | | | | | | |

| e) | | | | | | |

| 29. Предотвратимость смерти*******: | | нет | | да | | условно предотвратима |

| | Наименование медицинской организации | Предотвратимость смерти | | | | |

| да | Условно предотвратима | | | | | |

Пункт 30

30. Наименование организации здравоохранения, выдавшей медицинское свидетельство о смерти:

_____

Пункт 31

31. ФИО (при его наличии) медицинского работника, выдавшего медицинское свидетельство о смерти:

_____

Дата заполнения карты "_____" _____ 20____ год

ФИО (при его наличии) оператора_____

дата ввода карты "_____" _____ 20____ ____ год

Примечание:

* - для мертворожденных записывается фамилия матери, при невозможности установления матери - указывается как неизвестный;

** - для случаев перинатальной смертности;

*** - национальность ребенка записывается при перинатальной смертности по национальности матери, в других случаях по устному заявлению родителей;

**** - при рождении в родильном доме указать уровень регионализации 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника);

***** - место жительства ребенка при перинатальной смертности записывается по месту жительства матери. Для жителей дальнего и ближнего зарубежья указывается только страна;

****** - a) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указать одно заболевание),

b) другие заболевания или состояния у ребенка (плода),

c) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода),

d) другие заболевания матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода),

e) другие сопутствующие состояния;

******* - предотвратимость смерти определяется экспертами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. При наступлении смерти, если смерть была предотвратима или условно предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

Глава Список сокращений формы № 050/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет":

| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

|---|---|---|

| 2 | МКБ-10 | Международная классификация болезней |

| 3 | РМН | Регистрационный медицинский номер |

| 4 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 051/у "Карта учета материнской смертности"

| 1. Регистрационный № карты _____ РМН: | | | | |

|---|---|---|---|---|

| 2. Карта: | | первичная | | вторичная |

Пункт 3

3. Фамилия _____ имя _____ отчество (при его наличии) _____

Пункт 4

4. Национальность _____

Пункт 5

5. Дата рождения _____ число _____ месяц _____ год

Пункт 6

6. Возраст (полных лет) _____

Пункт 7

7. ИИН _____

| 8. Дата смерти _____ число _____ месяц _____ год | 9. Житель: | | города | | села |

|---|---|---|---|---|---|

Пункт 10

10. Место жительства: область/город республиканского значения

_____,

район/город областного значения _____

населенный пункт _____,

домашний адрес _____

Пункт 11

11. Организация прикрепления _____

Пункт 12

12. Место смерти: область/город республиканского значения

_____

район/ город областного значения _____

населенный пункт _____.

Пункт 13

13. Дата взятия на учет по беременности _____.

Пункт 14

14. Организация, в которой состояла на учете по беременности _____

Пункт 15

15. Дата родоразрешения, аборта _____ число _____ месяц _____ год

Пункт 16

16. Место родоразрешения, аборта, в том числе с учетом уровня регионализации:

| | в стационаре (1,2,3,4***), | | на дому | | в другом месте |

|---|---|---|---|---|---|

Пункт 17

17. Срок беременности _____ полных недель

| 18. Смерть наступила в период: | | беременности | | в процессе родов/аборта | | послеродовой/послеабортный |

|---|---|---|---|---|---|---|

| 19. Количество прожитых дней при наступлении смерти в послеродовой) период: | | в течение 42 дней после родов | | | | |

| аборта | | от 43 до 365 дней после родов | | | | |

Пункт 20

20. Которая по счету беременность _____.

Пункт 21

21. Которые по счету роды _____.

| 22. Смерть наступила: | | в стационаре | | на дому | | в другом месте |

|---|---|---|---|---|---|---|

| 23. Смерть наступила в результате: | | аборт | | внематочная беременность | | |

| | заболевания, связанные с беременностью | | заболевания, не связанные с беременностью | | | |

Текст

23.1. При наступлении смерти в организациях родовспоможения указать уровень регионализации МО: 1, 2, 3, 4***

Текст

24.

| | Диагноз клинический: | код МКБ -10 |

|---|---|---|

Текст

25.

| | Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10 | код МКБ -10 | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| 26. Предотвратимость смерти**: | | нет | | да | | условно предотвратима |

| | Наименование медицинской организации | Предотвратимость смерти | | | | |

| да | Условно предотвратима | | | | | |

Пункт 27

27. Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти:

_____

Пункт 28

28. ФИО (при его наличии) медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти:

_____

Дата заполнения карты "____" _____ 20____ год

ФИО (при его наличии) оператора _____

_____

Дата ввода карты "____" _____ 20____ год

Примечание:

a) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти, в части анамнеза, получала ли дородовую помощь, была ли у нее артериальная гипертензия, была ли у нее анемия, было ли у нее неправильное положение плода, было ли у нее ранее кесарево сечение, какой у нее ВИЧ статус;

b) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины;

c) основная причина смерти;

d) прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, при направлении умершей направлена в другую организацию, указывается сколько времени в часах составило время в пути следования до направленной медицинской организации, также указывается получение умершей медицинской помощи или акушерского/хирургического вмешательства до наступления смерти, при этом указывается процедура или вмешательство.

**- предотвратимость смерти определяется экспертами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. При предотвратимой или условно предотвратимой смерти указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

***- 4- цифровое определение республиканских клиник, научных центров, НИИ.

Глава Список сокращений формы № 051/у "Карта учета материнской смертности":

| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

|---|---|---|

| 2 | МКБ-10 | Международная классификация болезней 10-го пересмотра |

| 3 | РМН | Регистрационный медицинский номер |

| 4 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| | Приложение 3 к приказу Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2025 года № 64 |

|---|---|

| | Приложение 3 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

|---|---|

Глава Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно - поликлинических организациях

Глава Форма № 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента" № ____

Текст

Общая часть.

Текст

Паспортные данные

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения дата месяц год

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Житель

города

села

Пункт 8

8. Гражданство

Пункт 9

9. Адрес проживания

Пункт 10

10. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

Пункт 11

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 12

12. Тип возмещения

Пункт 13

13. Социальный статус

Пункт 14

14. Повод обращения

Минимальные медицинские данные:

Пункт 1

1. Группа крови. резус-фактор.

Пункт 2

2. Аллергические реакции. код наименование

Пункт 3

3. Физиологическое состояние пациента (беременность)

Пункт 4

4. Дата проведения и результат скрининга на наследственную патологию новорожденных (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, аудиологический скрининг)

Пункт 5

5. Вредные привычки и риски для здоровья (при наличии)

Пункт 6

6. Профилактические мероприятия, в том числе профилактические прививки

Пункт 7

7. История болезней и нарушений

Пункт 8

8. Список текущих проблем со здоровьем

Пункт 9

9. Динамическое наблюдение

Пункт 10

10. Группа инвалидности

Пункт 11

11. Список принимаемых в настоящее время лекарственных средств

Пункт 12

12. Антропометрические данные

Пункт 13

13. Оценка риска падения

Пункт 14

14. Оценка боли

Пункт 15

15. Коммуникационный менеджмент (язык общения, жилищно-бытовые условия)

Пункт 16

16. Инструктаж пациента.

Идентификатор, ФИО (при его наличии) врача

Идентификатор, ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника

Глава Индивидуальный план работы с семьей в организациях ПМСП

| Организация: | № Участка ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника, направляющей информацию и данные о ребенке и семье ID. ФИО (при его наличии) | ФИО (при его наличии) социального работника, работающего с семьей ID. ФИО (при его наличии) | | |

|---|---|---|---|---|

| из регистра МО | | | | |

| Дата начала реализации Плана: | Дата завершения реализации Плана: | Адрес проживания семьи: | | |

| Личные данные ребенка (детей): | | | | |

| Имя ребенка | Фамилия ребенка | Дата рождения (или ожидаемая дата рождения) | Пол | |

| | | | мужской | женский |

| Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи): | | | | |

| ФИО (при его наличии) | Кем приходится ребенку | Контактные данные: | | |

| 1 ФИО (при его наличии) | | | | |

| 2 | | | | |

| 3 | | | | |

| Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб, вовлеченные в процесс планирования развития семьи: | | | | |

| ФИО (при его наличии) | Организация | Контактные данные: | | |

| 1 ФИО (при его наличии) | из регистра МО | | | |

| 2 | | | | |

| 3 | | | | |

| *Внесение данных о пролеченном случае в форму 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента" (далее – медицинская карта) осуществляется в день завершения амбулаторного лечения. Введенные данные после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода данных результатов гистологических и патоморфологических исследований. В случае смерти пациента, не состоявшего на динамическом наблюдении, на дому, без признаков насильственной смерти, медицинская карта передается в патологоанатомическое бюро (далее - ПАБ)/центральное патологоанатомическое бюро области (далее - ЦПАО)/патологоанатомическое отделение (далее - ПАО) не позднее 10 часов утра дня, следующего после дня установления факта смерти. После факта передачи медицинской карты умершего в ПАБ/ЦПАО/ПАО ведение, формирование и корректировка данных осуществляться не может, за исключением случаев ввода данных результатов гистологических и патоморфологических исследований, проведенных при жизни пациента, а также ввода в медицинскую карту патологоанатомического диагноза после патологоанатомического вскрытия. | | | | |

| | Вкладной лист 1 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Текст

Патронаж новорожденного (младенца) на дому* *в 1 месяц жизни новорожденного проводится 1 раз в 7 дней, после месяца 1 раз в месяц согласно

Глава Стандарта организации оказания педиатрической помощи

Текст

Задачи осмотра новорожденного:

Пункт 1

1. удостовериться в нормальной адаптации после рождения

Пункт 2

2. проверить на наличие опасных симптомов

Пункт 3

3. оценить рост и развитие

Пункт 4

4. проверить, нет ли врожденных пороков развития

Дата осмотра

Возраст: .

Температура

При рождении:

Вес: кг

Рост см

ИМТ

Окружность головы

см

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности.

Анамнез.

Отягощенный анамнез:

да

нет

Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса);

Проверьте рефлексы (на симметричность): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки

Осмотр лица: (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____

Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")

Видимые врожденные пороки

Костная система _____

форма головы _____швы _____

большой родничок _____

малый родничок_____

оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы

Органы дыхания: _____

Частота дыхания (ЧД) _____ (в норме 30 - 60/мин)

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ (в норме более 100 /мин);

Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;

Пальпация бедренного пульса_____ (в норме симметрично с двух сторон)

Органы пищеварения: живот _____Печень_____ Селезенка _____

Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Пуповина_____

(пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с

кисловатым запахом)

Определите, есть ли проблемы кормления, проблемы питания:

• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

да

нет

• Ребенок кормится грудью?

да

нет

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

• Вы кормите грудью ночью?

да

нет

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

да

нет

• Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

Пользуетесь при кормлении: .

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

Оцените кормление грудью:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:

- Подбородок касается груди

да

нет

- Рот широко раскрыт

да

нет

- Нижняя губа вывернута наружу

да

нет

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

да

нет

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? .

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)

да

нет

Оцените уход в целях развития:

- Как Вы играете с Вашим ребенком?

- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы развития

Проверьте прививочный статус младенца:

Подчеркните прививки, которые ребенок получает сегодня:

Гепатит В 1- 0

БЦЖ_____

Визит для следующей прививки

ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С)

Гигиена ребенка

Проблемы ухода

Оценка здоровья матери:

Пункт 1

1. Осмотр молочных желез:

Проблемы

Пункт 2

2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):

| 1. глубокая тревожность и беспокойство 2. глубокая печаль 3. частые слезы 4. ощущение неспособности заботиться о ребенке 5. чувство вины 6. приступы паники 7. стресс и раздражительность | 8. утомляемость и недостаток энергии 9. неспособность к сосредоточению внимания 10. нарушение сна 11. проблемы с аппетитом 12. потеря интереса к сексу 13. ощущение беспомощности и безнадежности 14. антипатия к ребенку |

|---|---|

Текст

Советы по ведению послеродовой депрессии:

Пункт 1

1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности

Пункт 2

2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней

Пункт 3

3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания

Пункт 4

4. чаще прикасаться к ребенку

Пункт 5

5. думать о ребенке

Пункт 6

6. чаще выходить на улицу и двигаться

Пункт 7

7. хорошо питаться

Пункт 8

8. заботиться о себе

Пункт 9

9. вести дневник

Пункт 10

10. если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту

Заключение:

Рекомендации:

| - Преимущества и практика грудного вскармливания - Обеспечение исключительно грудного вскармливания - Техника сцеживания грудного молока (при наличии) - Оптимальное питание матери. - Личная гигиена матери - Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая) - Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны - Правила поведения и уход при болезни ребенка (опасные признаки). - Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО) - Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания). - Другие рекомендации - Правила поведения и уход при болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим). | - Стимуляция психосоциального развития - Уход за новорожденным, режим прогулок - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение - родителей для профилактики травматизма и несчастного случая - Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк) - Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери. - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая - Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно обращается к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания |

|---|---|

Текст

Идентфикатор/ФИО (при его наличии) врача

Текст

Идентфикатор/ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника

| | Вкладной лист 2 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Оценка развития ребенка на приеме врачом и среднего медицинского работника*

Текст

*До года ведется ежемесячно, после года до согласно Стандарта организации оказания педиатрической помощи

Текст

Дата осмотра

Текст

Возраст:

Текст

Температура

Текст

Вес год

Текст

Рост см.

Текст

ИМТ

Текст

Окружность головы

Текст

см

Текст

Оцените физическое развитие, используя графики:

Текст

Жалобы матери:

Текст

Осмотр ребенка:

Текст

Кожа: Пуповина

Текст

Слизистые ротовой полости

Текст

Зев

Текст

Конъюнктивы

Текст

Большой родничок

Текст

Органы дыхания:

Текст

Частота дыхания

Текст

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)

Текст

Сердечный ритм;

Текст

Сердечные шумы;

Текст

Органы пищеварения: живот

Текст

печень

Текст

селезенка

Текст

Мочеиспускание; Стул

Текст

Диагноз:

Текст

Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания

Текст

• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

Текст

да

Текст

нет

Текст

• Ребенок кормится грудью?

Текст

да

Текст

нет

Текст

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

Текст

• Вы кормите грудью ночью?

Текст

да

Текст

нет

Текст

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

Текст

да

Текст

нет

Текст

• Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: .

Текст

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)

Текст

Если младенцу больше 6 месяцев:

Пункт 1

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

Пункт 2

2. Сколько перекусов за день? _____

Пункт 3

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____

Пункт 4

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

Пункт 5

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

Пункт 6

6. На прошлой неделе ребенок ел:

Пункт 7

7. Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

Пункт 8

8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

Пункт 9

9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней

Пункт 10

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

Пункт 11

11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0

БЦЖ

АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2

ОПВ-1

АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3

ОПВ-2

АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация

HIB ревакцинация

Визит для следующей прививки

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза ____ длительность

Психомоторное развитие:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Оценка ухода в целях развития

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____эпикризный срок

Проблемы ухода для развития

Оценка ухода:

Пункт 1

1. Знает правила ухода ха пациентом ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику

Пункт 2

2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

Пункт 3

3. Знает ли мать признаки опасности: .

Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность

☐

да

☐ нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением

- Ребенок не вступает в контакт.

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит.

Проблемы

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед)

Оценка питания и здоровья матери:

Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)

Проблемы

Заключение:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход при болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Идентификатор/ФИО (при его наличии) врача

Идентификатор/ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника

| | Вкладной лист 3 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Консультация специалиста

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Вид консультации

Пункт 3

3. Жалобы: _____

_____

Пункт 4

4. Анамнез жизни: _____

Пункт 5

5. Анамнез заболевания: _____

_____

Пункт 6

6. Объективные данные: _____

Пункт 7

7. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

Пункт 8

8. Диагноз код наименование.

Пункт 9

9. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

Пункт 10

10. Идентификатор врача, ФИО (при его наличии)

При наличии:

Пункт 11

11. Записи консилиумов (содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется)

| | Вкладной лист 4 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Протокол операции/процедуры/афереза

Пункт 1

1. Дата и время

Пункт 2

2. Показания к операции/процедуры/афереза

Пункт 3

3. Клинический Диагноз

Пункт 4

4. Анестезиологическое пособие

Пункт 5

5. Протокол операции включая, как минимум:

5.1 Дату и время начала и окончания операции/процедуры/афереза

5.2 Течение (описание) операции/процедуры/афереза, включая технику выполнения

5.3 Участие консультантов во время операции/процедуры/афереза, рекомендации.

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

5.5 Исход операции, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать

"осложнений во время операции/процедуры/афереза не было")

5.6 Количество кровопотери (мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза

5.9 Рекомендации

5.10 Идентификатор и ФИО (при его наличии) оперирующего врача, ассистентов, анестезиолога и СМР

| | Вкладной лист 5 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Динамическое (диспансерное) наблюдение пациента

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Диагноз, согласно которого пациент подлежит динамическому (диспансерному) наблюдению код наименование.;

Пункт 3

3. Период действия плана наблюдения по диагнозу:

Дата начала Дата окончания

Пункт 4

4. План наблюдения:

Услуга (из тарификатора):

Планируемая дата проведения:

Дата выполнения:

Пункт 5

5. Рекомендации:

| | Вкладной лист 6 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Лист профилактических мероприятий

Пункт 1

1. Дата и время осмотра

Пункт 2

2. Услуга*. (из тарификатора);

Пункт 3

3. Осмотр специалиста, ФИО (при его наличии), идентификатор ID ФИО (при его наличии);

Пункт 4

4. Проведенные диагностические исследования;

Пункт 5

5. Проведенные инструментальные исследования;

Пункт 6

6. Вакцинация:

Наименование заболевания, против которого применена вакцина (МКБ10)

Страна производитель (Справочник стран)

Номер партии

Номер серии

Название препарата вакцины, анатоксина и прочие.

Способ применения:

Дозировка

ед.изм.

Дата и время прививки

Побочная реакция или нежелательное явление

Классификатор побочной / нежелательной реакции

| | Вкладной лист 7 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Протокол диагностических исследований/услуг

Пункт 1

1. Дата и время проведения

Пункт 2

2. Наименование услуги из тарификатора.

Пункт 3

3. Данные описания проведенного исследования

Пункт 4

4. Заключение

Пункт 4

4. Идентификатор и ФИО (при его наличии) медицинского работника

| | Вкладной лист 8 медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

Текст

Дата и время обращения

Текст

Паспортные данные

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения: число, месяц, год

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Житель

города

села

Пункт 8

8. Гражданство, адрес проживания

Пункт 9

9. Место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения

Должность Образование

Пункт 10

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 11

11. Тип возмещения

Пункт 12

12. Социальный статус

Пункт 13

13. Повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие (подчеркнуть)

Пункт 14

14. Жалобы

Пункт 15

15. Анамнез:

указать сведения: о случае применения физического и (или) психологического насилия с указанием времени и даты; о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия.

Пункт 16

16. Описание телесных повреждений:

Описание ссадины

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация

Пункт 2

2. Форма: линейная

, округлая

, овальная

, неправильная овальная

, треугольная

Пункт 3

3. Направление: вертикальное

, горизонтальное

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

;

Пункт 4

4. Размеры (длина XXX, ширина в XXX см);

Пункт 5

5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная

, западает по отношению к уровню окружающей кожи

; на уровне окружающей кожи

; выше уровня окружающей кожи

, отпадает по периферии

, участок гиперпигментации

гипопигментации

Пункт 6

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость

, гиперемированы

, с наложением крови

, почвы

Описание кровоподтека

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация

Пункт 2

2. Форма: линейная

, округлая

, овальная

, неправильная овальная

, треугольная

,

Пункт 3

3. Направление: вертикальное

, горизонтальное

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

;

Пункт 4

4. Размеры (длина XXX, ширина XXX в см);

Пункт 5

5. Цвет кровоподтека - красно-багровый

, синюшно- фиолетовый

, бурый

, зеленоватый

, желтый

;

Пункт 6

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы

, с наложением крови

, почвы

.

Описание раны

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация

Пункт 2

2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная

, веретенообразная

;

Пункт 3

3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта "минус-ткань"

;

Пункт 4

4. Особенности краев: осадненность

, кровоподтечность

, отслоенность

, загрязненность

, инородные включения

;

Пункт 5

5. Рельеф скошенности стенок: ровные

, гладкие

, располагаются отвесно

одна стенка скошена, а другая подрыта

;

Пункт 6

6. Осадненность концов

;

Пункт 7

7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек

, повреждений мышц

, костей

;

Пункт 8

8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно пересечены в начальной и средней трети раны

, в конечном отрезке волоса

с вывороченными луковицами

.

Пункт 9

9. Особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный

, не ровный

, зазубренный

.

Описание перелома (открытый)

Пункт 1

1. Точная анатомическая локализация;

Пункт 2

2. Форма линейная

, неправильная

, многооскольчатая

Пункт 3

3. Размеры XXX см,

Пункт 4

4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное

, горизонтальное

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

;

Пункт 5

5. Размеры, ориентировка свободных отломков, дефектов, сколов кости и вдавлений

Пункт 6

6. Особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих позвоночник тканях, переломов тел, дужек и отростков позвонков, характер их смещения, повреждений связочного аппарата, межпозвонковых дисков, над- и подоболочечных кровоизлияний, спинного мозга.

Схема анатомической локализации

Схема мужчина

Схема женщина

Пункт 17

17. Обследование психического состояния

Пункт 1

1. Сознание

1.1 Сознание ясное, не нарушено

;

1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:

во времени

,

в месте

,

в собственной личности

;

1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 2

2. Поведение

2.1 Адекватный

;

2.2 Пассивный, заторможенный

;

2.3 Оцепенение

;

2.4 Возбужденный

;

2.5 Пугливый

;

2.6 Плаксивый

;

2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 3

3. Настроение и эмоции

3.1 Ровный фон настроения

;

3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность)

;

3.3 Раздражительность и (или) гневливость

;

3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность)

;

3.5 Страх, тревога

;

3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 4

4. Мышление, память, речь (нужное подчеркнуть);

4.1 Без особенностей

;

4.2 Замедленное мышление, речь

;

4.3 Ускоренное мышление, речь

;

4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь

;

4.5 Бессвязное мышление

;

4.6 Бредовые идеи

;

4.7 Мысли о смерти, самоубийстве

;

4.8 Нарушение памяти

;

4.9 Нарушение внимания

;

4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 5

5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам пациента)

5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца

;

5.2 Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту

;

5.3 Дрожь в руках и (или) ногах и (или) в теле

;

5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться

;

5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание

;

5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди"

;

5.7 Головокружение, головные боли

;

5.8 Чувство слабости, утомляемости

;

5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания

,

5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Пункт 6

6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах

6.1 Нарушения сна

,

6.2 Нарушения аппетита

,

6.3 Наличие психотравмы

;

6.4 Утрата интересов

;

6.5 Скрытность, недоверчивость

;

6.6 Сообщения об употреблении алкоголя

;

6.7 Чувство отчаяния

;

6.8 Галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником)

;

6.9 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

| | Вкладной лист 9 к медицинской карте амбулаторного пациента |

|---|---|

Глава Карта осмотра сурдологического пациента

Текст

ФИО _____

Текст

Возраст _____

Текст

ИИН _____

Текст

Адрес _____

Текст

Направленные в рамках аудиологического скрининга ДА

Текст

/НЕТ

Текст

Направленные по заболеванию ДА

Текст

/НЕТ

Текст

Впервые выявленное заболевание ДА

Текст

/НЕТ

Текст

Известное раннее заболевание _____

Текст

Жалобы _____

Текст

Анамнез заболевания _____

Глава Методы обследования: ДИАГНОЗ (выбрать из имеющихся):

| Врожденные пороки развития наружного уха (аномалии ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода) | Односторонняя | | АД | | АС | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Врожденные пороки развития внутреннего уха (аномалии улитки, слухового нерва) | Односторонняя | | АД | | АС | | |

| Двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Заболевания спектра слуховых (аудиторных) нейропатий | Односторонняя | | АД | | АС | | |

| Двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Сенсоневральная тугоухость | 1 степень | односторонняя | | АД | | АС | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 2 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 3 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 4 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Глухота | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Кондуктивная тугоухость | 1 степень | односторонняя | | АД | | АС | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 2 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 3 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 4 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Глухота | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Смешанная тугоухость | 1 степень | односторонняя | | АД | | АС | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 2 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 3 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| 4 степень | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

| Глухота | односторонняя | | АД | | АС | | |

| двусторонняя | | АД | | АС | | | |

Текст

Отметить нужное

| Слуховой аппарат (есть \нет) | Воздушной проводимости | | АД | | АС | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Костной проводимости | | АД | | АС | | | |

| Имплантируемая система (есть / нет) | Среднего уха | | АД | | АС | | |

| Костной проводимости | | АД | | АС | | | |

| Кохлеарной имплантации | | АД | | АС | | | |

| Образовательное учреждение/Место работы | Дошкольное учреждение | общеобразовательное | | Да | | Нет | |

| коррекционное | | Да | | Нет | | | |

| Школьное учреждение | общеобразовательное | | Да | | Нет | | |

| коррекционное | | Да | | Нет | | | |

| Высшее /Среднее учебное заведение | | Да | | Нет | | | |

| Место работы | | | | | | | |

| Неорганизован | | Да | | Нет | | | |

Глава Список сокращений формы № 052/у "Медицинской карты амбулаторного пациента":

| 1 | АКДС | адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина |

|---|---|---|

| 2 | АДС | адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин |

| 3 | АДС-М | анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов |

| 4 | АД | адсорбированный дифтерийный анатоксин |

| 5 | АС | адсорбированный столбнячный анатоксин |

| 6 | БЦЖ | Вакцина против туберкулеза |

| 7 | К | коклюшная вакцина |

| 8 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 9 | МИС | Медицинская информационная система |

| 10 | МО | Медицинская организация |

| 11 | ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |

| 12 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 13 | НПО | Неправительственные организации |

| 14 | ИМТ | Индекс массы тела |

| 15 | ССС | Сердечно-сосудистая система |

Глава "Амбулаториялық, стационарлық пациенттың медициналық картасынан үзінді көшірме №____" № 052-1/е нысаны "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента № ___" форма № 052-1/у

Текст

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы

Текст

(название и адрес организации куда направляется выписка)

Текст

_____

Текст

_____

Пункт 1

1. Пациенттың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента)

_____

_____

Пункт 2

2. Туған күні (Дата рождения) _____

Пункт 3

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Пункт 4

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

Пункт 5

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

Пункт 6

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар)

(Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

_____

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) _____

_____

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) _____

_____

Пункт 7

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические

исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке)

_____ _____

_____

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) _____

_____

_____

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания:_____

_____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:) _____

_____

_____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

_____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) _____

_____

_____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер:

(Лабораторно-диагностические исследования:)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:) _____

_____

_____

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:) _____

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) _____

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) _____

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (ФИО (при его наличии)):

_____

қолы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (ФИО (при его наличии)):

_____

қолы (подпись) _____

*Внесение данных о пролеченном случае в форму 052-1/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного пациента" (далее – выписка) осуществляется в день завершенияамбулаторного лечения. Введенные данные в выписку после их подтверждения не подлежаткорректировке, за исключением случаев ввода данных результатов гистологических и патоморфологических исследований.

Глава Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

Пункт 1

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка _____

ИИН _____

Дата рождения _____

Пол _____

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

_____

Сведения о законных представителях:

_____

_____

_____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)_____

Диагноз (код МКБ-10)*_____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Глава Таблица 1. Характеристика организаций

| Месяц, год поступления | Характеристика организаций | | | | |

|---|---|---|---|---|---|

| Дошкольная организация | Организация среднего образования | Организация интернатного типа | | | |

| | Общая | Коррекционная | Общая | Коррекционная | Общая | Коррекционная |

Пункт 2

2. Анамнестические сведения

Глава Таблица 2. Аллергоанамнез

| Аллергия (есть/нет)_____ | | | | |

|---|---|---|---|---|

| Вид аллергии* | Аллерген | С какого возраста | Год установления диагноза | Примечания |

Текст

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Глава Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

| Заболевания | Год | Заболевание | Год |

|---|---|---|---|

| Корь | | Дифтерия | |

| Коклюш | | Туберкулез | |

| Скарлатина | | Эпидемический паротит | |

| Брюшной тиф | | | |

| Ветряная оспа | | | |

| Краснуха | | | |

| Вирусный гепатит (А, В, С, Д) | | | |

Глава Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

| Дата (с какого числа до какого числа) | Диагноз (код МКБ-10) | Медицинская организация |

|---|---|---|

Глава Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

| Дата | Диагноз (код МКБ-10) | Учреждение | |

|---|---|---|---|

| | | Профиль | Климатическая зона |

Глава Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

| Дата выдачи справки | Диагноз (код МКБ-10) | Медицинская организация, выдавшая справку | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача | |

|---|---|---|---|---|

| от | до | | | |

Пункт 3

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

Пункт 4

4. Данные профилактических медицинских осмотров в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820).

Глава Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

| Параметры | Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст |

|---|---|

| Дата обследования | |

| Рост | |

| Вес | |

| Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания) | |

| Группа здоровья | |

| Медицинская группа для занятий физической культурой | |

| Рекомендации | |

Текст

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Глава Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

| Дата направления в ПМПК | Диагноз (код МКБ-10) | Отметка о прохождении ПМПК |

|---|---|---|

Текст

* при наличии

Глава Форма № 053/у "Талон"

Текст

Индивидуальный идентификационный номер

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Дата рождения

Текст

Пол

Текст

мужской

Текст

женский

Текст

Адрес проживания

Текст

№ амбулаторной карты

Текст

Кабинет

Текст

Явиться (указать дату и время)

Текст

К врачу фамилия имя отчество (при его наличии)

Текст

Должность.

Текст

Повод обращения.

Глава Форма № 054/у "Статистическая карта амбулаторного пациента"

Текст

Дата обращения

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 2

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения дата месяц год

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Житель

города

села

Пункт 8

8. Адрес проживания область район город улица дом квартира

Пункт 9

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность. Образование.

Пункт 10

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 11

11. Антропометрические данные

Пункт 12

12. Тип возмещения.

Пункт 13

13. Социальный статус.

Пункт 14

14. Повод обращения:

Подпункт 1

1) Профилактический осмотр

Подпункт 2

2) Заболевание

Подпункт 3

3) Травма

Пункт 15

15. Виды травм:

Подпункт 1

1) Бытовая

, 2) Уличная

Подпункт 3

3) ДТП

Подпункт 4

4) Школьная

Подпункт 5

5) Спортивная

Пункт 16

16. Синдром жестокого обращения

из них:

Подпункт 1

1) оставление без внимания или заброшенность

,

2 физическая жестокость

, 3) Сексуальная жестокость

, 4) психологическая жестокость

, 5) другие синдромы жестокого обращения

, 6) синдром неуточненного жестокого обращения

Пункт 17

17. Кем направлен.

Пункт 18

18. Приемы/консультации

Услуги по тарификатору, количество, идентификатор и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста, дата выполнения.

Пункт 19

19. Процедуры и манипуляции, лаборатория, диагностические исследования

Идентификатор и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста, услуги по тарификатору, количество, дата выполнения.

Пункт 20

20. Заключительный диагноз

Пункт 21

21. Диспансеризация

Пункт 22

22. Проведены исследования на выявление туберкулеза

Пункт 23

23. Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому

Пункт 24

24. Исход обращения.

Пункт 25

25. из них направлены.

Пункт 26

26. Случай поликлинического обращения (СПО).

Пункт 27

27. Дата завершения СПО

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор врача

Глава Форма № 055/у "Карта профилактического осмотра (скрининга)"

Текст

Дата

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения дата месяц год

Пункт 4

4. Пол

м

ж

Пункт 5

5. Адрес проживания область район город улица дом квартира

Житель

города

села.

Пункт 6

6. МО прикрепления. (из регистра МО)

Пункт 7

7. Группа инвалидности

Дата установления

На какой срок установлена инвалидность.

Диагноз по инвалидности код наименование

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) ребенка:

Доврачебный этап

Рост Вес

Окружность головы (дети до 3 лет)

грудной клетки

Физическая активность, ежедневная физическая нагрузка. (дети 3 лет и старше)

да

нет

Артериальное давление (дети 7 лет и старше) 1-е систолическое /диастолическое

2-е систолическое /диастолическое среднее систолическое /диастолическое

Определение остроты зрения.

Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше).

Определение остроты слуха:

с помощью шепотной речи на оба уха поочередно, в тихом помещении на расстоянии не менее 5 метров между средним медицинским работником и ребенком. *при выявлении отклонений

Педиатрический этап

Пункт 1

1. осмотр кожных покровов и волосистой части головы.

Пункт 2

2. осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева. Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твердого неба,

величину и вид небных миндалин, голосовую функцию (звучность голоса)

Пункт 3

3. осмотр и пальпация области щитовидной железы

Пункт 4

4. пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных

Пункт 5

5. исследование органов кровообращения (осмотр, аускультация сердца), определение частоты, наполнения, ритма пульса. При аускультации отмечают звучность и чистоту тонов. При выявлении сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой

Пункт 6

6. исследование органов дыхания (аускультация легких)

Пункт 7

7. исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастральной области, селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Обращается внимание на состояние слизистых, обложенность языка, десен, верхнего неба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени)

Пункт 8

8. детям в возрасте от трех до четырех месяцев, по показаниям ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра

Пункт 9

9. осмотр половых органов. При осмотре девочек старше 10 лет особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам, нарушению менструальной функции.

Пункт 10

10. Оценка нервно-психического развития.

В 7-8 лет: психомоторная сфера и поведение, интеллектуальное развитие, эмоционально-вегетативная сфера

В 9-10 лет дополнительно оценивается сформированность абстрактно-логических операций, логических суждений

В 11-17 лет определяются: эмоционально-вегетативная сфера, сомато-вегетативные проявления, вегето-диэнцефальные проявления

Пункт 11

11. оценка полового развития методом пубертограмм.

Пункт 12

12. выявление признаков жестокого обращения.

Специализированный этап

Пункт 1

1. хирург-ортопед

Пункт 2

2. уролог (патология мочеполовой системы)

Пункт 3

3. отоларинголог

Пункт 4

4. невролог

Пункт 5

5. стоматолог

Пункт 6

6. офтальмолог

Пункт 7

7. эндокринолог

Результаты скринингового обследования:

Группа здоровья.

*Дети, относящиеся к 2, 3, 4, 5 группам здоровья подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.

Заключительный этап (дообследование и постановка на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации)

По завершении скринингового осмотра проводится комплексная оценка здоровья, оформляются эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития. В заключении даются рекомендации по дообследованию, наблюдению, соблюдению санитарно-гигиенических правил, режиму, физическому воспитанию и закаливанию, проведению профилактических прививок, профилактике пограничных состояний и заболеваний, по физкультурной группе (основная или специальная группа).

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) взрослого:

Подготовительный этап

Рост см см Вес кг кг Индекс Кетле.

Объем талии мужчины. женщины.

грудной клетки см см

Артериальное давление (двукратное измерение), среднее систолическое /диастолическое ммрт.ст.

ЭКГОД Уровень холестерин. Глюкоза.

Опрос (проводит СМР):

Пункт 1

1. Курение, хотя бы одну сигарету в день

да

нет

Пункт 2

2. Употребление алкогольных напитков разовое потребление не менее 2-х раз в неделю

Пункт 3

3. Имеются (-лись) ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС)

да

нет

Пункт 4

4. Появляется ли у Вас боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут, или перебои в ритме сердца

да

нет

Пункт 5

5. Отмечаются ли у Вас головные боли

да

нет

Пункт 6

6. Отмечается ли у Вас повышение артериального давления

да

нет

Пункт 7

7. Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения

да

нет

Пункт 8

8. Имеются ли у Вас жалобы на "пелену" перед глазами

да

нет

Пункт 9

9. Имеется (-лась) ли у Ваших родителей глаукома

да

нет

Пункт 10

10. Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии

да

нет

Пункт 11

11. Отмечаются ли у Вас в течение последнего года патологические примеси в кале

да

нет

Пункт 12

12. Только для женщин: бывают ли у Вас контактные кровотечения

да

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета

да

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета возраст лет

шкала SCORE для определения сердечно-сосудистого риска и принятия решения о дальнейшем ведении скринируемого лица:. рекомендации:.

Результаты обследования на выявление глаукомы возраст лет: внутриглазное давление.

Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний:

Цитологическое исследование мазков женщины возраст лет: .

Осмотр акушера

На зеркалах

Взятие мазка

Кольпоскопия (по показаниям):.

Результат биопсии шейки матки (по показаниям):.

Маммография, вторая читка. Обследована маммографически по скринингу:.

Гемокульт-тест возраст лет: Проведен гемокульт-тест по скринингу:

Колоноскопия (по показаниям):.

Эзофагоскопия возраст лет:.

Гастродуоденоскопия возраст лет:

Результаты ПСА (мужчины возраст лет):

Индекс здоровья простаты.

Результаты биопсии предстательной железы (по показаниям):

Посещения:

Вид посещения

Идентификатор врача

Результаты скринингового обследования:

Здоров

да

нет

Выявлены поведенческие факторы риска.

Выявлены биологические факторы риска:

Заключительный диагноз код код наименование тип диагноза код врача

Группа диспансерного наблюдения.

Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики)

да

нет

Дата окончания скрининг-обследования

ФИО (при его наличии) лица, проводившего скрининг ID.

Глава Список сокращений формы № 055/у "Карта профилактического осмотра (скрининга)":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МО | Медицинская организация |

| 4 | СМР | Средний медицинский персонал |

| 5 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 056/у "Форма учета записи вызовов врачей на дом"

Пункт 1

1. Дата и время вызова

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер пациента

Пункт 3

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Адрес проживания

Пункт 6

6. № участка

Пункт 7

7. Повод вызова

Пункт 8

8. Вызов первичный/повторный

Пункт 9

9. Дата выполнения вызова

Пункт 10

10. Кем выполнен вызов (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача)

Пункт 11

11. Диагноз

Пункт 12

12. Оказанная помощь

Примечание:

С 1 по 8 поле – формируют учет вызовов врачей на дом, с 1 по 12 поле – формируют учет обслуженных вызовов врачей на дом.

Глава Форма № 057/у "СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности"

| Дата | Число посещений | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| Всего | в т. ч. дети до 14 лет | Другие льготные группы | Первичные посещения | Всего (постоянных+молочных) | | |

| из них первичные посещения всего | в том числе дети до 14 лет | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Текст

продолжение таблицы

| с | | | | | | | | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Неосложненный кариес | Осложненный кариес | Некариозные поражения зубов | Профилактическая работа | | | | | | | | | |

| Поверхностный | Средний | Глубокий | Пульпит | Периодонтит | | Осмотрено в плановом порядке | Нуждалось в санации из числа осмотренных | Вылечено из числа нуждавшихся в санации | | | | |

| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | | |

| | П | М | П | М | П | М | П | М | П | М | | | |

| Закончен курс лечения по поводу | Хирургические вмешательства | Санировано | | | | | | | | | | | |

| Гингивит | Пародонтит (степень) | Парадонтоз | Заболевания слизистой | Тістер жұлынуы Удалено зубов | Экстренные операции Имплантация (число имп-ов) | Плановые операции в том числе операции нтр | | | | | | |

| Катаральный | Гипертрофический | Язвенный | Легкая | Средняя | Тяжелая | | | Всего | По поводу заболеваний пародонта | | | |

| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | |

| | | | | | | | | П | М | | | | |

Текст

Идентификатор врача-стоматолога

| | Вкладной лист к сводной ведомости ежедневного учета работы врача-стоматолога |

|---|---|

Глава СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета работы врача-стоматолога-ортодонта

| Числа месяца | Число посещений | Число лиц, взятых под диспансерное наблюдение | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Всего | в том числе | всего | в том числе детей до 14 лет включительно | | | | |

| Городских жителей | Сельских жителей | | | | | |

| всего | в том числе детей до 14 лет включительно | всего | в том числе детей до 14 лет включительно | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Текст

продолжение таблицы

| Объем выполненной работы | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Внутриротовые несъемные аппараты | Внутриротовые съемные аппараты | Аппараты сочетанного действия | Протезы | | | | |

| Механического действия | Функционального действия | Механического действия | Функционального действия | Несъемные | Съемные | в том числе ортопедические | |

| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |

Текст

продолжение таблицы

| Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение | Общая сумма стоимости работ | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|

| в том числе | | | | | | |

| всего | с аномалиями отдельных зубов | с аномалиями зубных рядов | с сагиттальными аномалиями прикуса | с трансверзальными аномалиями прикуса | с вертикальными аномалиями прикуса | |

| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |

| | Вкладной лист к сводной ведомости ежедневного учета работы врача-стоматолога |

|---|---|

Глава СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета работы врача-стоматолога-ортопеда

| Числа месяца | Число посещений | Искусственные коронки (одиночные на зубах) | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Всего | в том числе иногородние | Всего | в том числе | | | | | | |

| металлические | штампованные | литые | Пластмассовые коронки и зубы | виниры | керамические | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 | 10 |

| | | | | | прямые | непрямые | | м/к | цир | цел. кер |

Текст

продолжение таблицы

| Коронки на имп-х одиночные | | Мостовидные протезы | | | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| в них | | в них | | | | | | | |

| Всего | металлокерамические | коронок циркон | Цельно керамические | Всего мостовидных протезов | литых зубов | литых зубов | зубов м/к | Цельно-керамич | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | |

| | | | | | метал | м/к | ц/к | | | |

| Шлифтовые зубы | Съемные протезы | Лица, получившие протез | | | | | | | |

| Всего | в том числе | | | | | | | | |

| Частичные | Полные | Частичные бюгельные | Полные съемные пластиночные протезы | | | | | | |

| бесплатно | | | | | | | | | | |

| пластиночные | пластмасса | на аттачмен | ка кламмерах | | | | | | |

| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | | | |

Глава Форма № 058/у "Медицинская карта стоматологического пациента (включая санацию) №___"

Текст

Дата

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 2

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения дата месяц год

Пункт 4

4. Пол

мужской

женский

Пункт 5

5. Возраст

Пункт 6

6. Национальность

Пункт 7

7. Житель

города

села

Пункт 8

8. Адрес проживания область район город улица дом квартира

Пункт 9

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование.

Пункт 10

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 11

11. Диагноз

Пункт 12

12. Жалобы

Пункт 13

13. Перенесенные и сопутствующие заболевания

Пункт 14

14. Развитие настоящего заболевания

Пункт 15

15. Данные объективного исследования, внешний осмотр

Осмотр полости рта, состояние зубов

Челюсть.

Сторона.

Зуб.

Состояние O/R.C/P/Pt/JMPA/K/И/B

Пункт 16

16. Прикус

Пункт 17

17. Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба

Пункт 18

18. Данные рентгеновских, лабораторных исследований

Пункт 19

19. Дневниковые записи (дата, текст, диагноз, Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача и идентификатор)

Пункт 20

20. План обследования, лечения (наименование услуги, лекарственные средства)

Пункт 21

21. Результаты лечения (эпикриз)

Пункт 22

22. Рекомендации

Лечащий врач

Заведующий отделение

| | Вкладной лист к медицинской карте стоматологического пациента |

|---|---|

Глава План обследования ребенка на стоматологическом приеме

| I. Внешний осмотр: | | | | |

|---|---|---|---|---|

| 1. Осанка. | | | | |

| 2. Лицо. | | | | |

| 3. Вредные привычки. | | | | |

| II. Изучение функций: | | | | |

| 1. Дыхание. | | | | |

| 2. Жевание. | | | | |

| 3. Глотание. | | | | |

| 4. Речь. | | | | |

| 5. Смыкание губ. | | | | |

| III. Стоматологический статус: | | | | |

| 1. Регионарные лимфоузлы. | | | | |

| 2. Приротовая область. | | | | |

| 3. Предверие полости рта. | | | | |

| 4. Уздечка и губы. | | | | |

| 5. Уздечка языка. | | | | |

| 6. Слизистая полости рта. | | | | |

| 7. Десневой край. | | | | |

| 8. Язык. | | | | |

| 9. Форма зубного ряда. | | | | |

| 10. Состояние челюстей. | | | | |

| 11. Соотношение челюстей. | | | | |

| 12. Аномальное положение зубов. | | | | |

| 13. Прорезывание зубов. | | | | |

| 14. Состояние тканей зуба, цвет. | | | | |

| 15. Форма зуба. | | | | |

| 16. Некариозные поражения. | | | | |

| 17. Очаги деминерализации. | | | | |

| 18. Интенсивность кариеса КП КПУ. | | | | |

| 19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ | | | | |

| 20. Стоматическая группа здоровья. | | | | |

| 21. Стоматологическая диспансерная группа. | | | | |

Глава Форма № 059/у "Карта обратившегося за антирабической помощью"

Текст

20___ год _____

Текст

Дата обращения

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

Пункт 3

3. Дата рождения _____

Пункт 4

4. Домашний адрес, телефон _____

Пункт 5

5. Занятие и адрес места работы, № телефона _____

_____

Пункт 6

6. Дата укуса, оцарапания, ослюнения (подчеркнуть и вписать) _____

Пункт 7

7. В какую лечебную организацию обращался по поводу укуса и когда _____

_____

Пункт 8

8. Описание повреждения и его локализация _____

Пункт 9

9. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном

_____

Пункт 10

10. Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения

_____

Пункт 11

11. Бешенство животного установлено ветврачом

клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать) _____

Пункт 13

13. Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или вписать) ____

Пункт 14

14. Анамнез обратившегося:

а) заболевание нервной системы _____

б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____

в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____

г) прочие сведения _____

Пункт 15

15. Назначение прививки _____

Пункт 16

16. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____

Пункт 17

17. Введение антирабического гаммаглобулина, дата, серия _____

Пункт 18

18. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение _____

Отек _____

Десенсибилизация: однократная, двухкратная

Суточная доза _____

Повторные введения:

Дата _____ Доза _____ Серия _____

Пункт 19

19. Осложнения во время проведения прививок _____

Пункт 20

20. Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым, прерван самовольно и прочие (подчеркнуть или вписать) _____

Пункт 21

21. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок _____

22.. Примечание _____

Подпись врача_____

С правилами поведения во время прививок ознакомлен _____

| № п/п | Дата прививки | Доза вакцины | № серии вакцины | Подпись лиц, производивших прививки | № п/п | Дата прививки | Доза вакцины | № серии вакцины | Подпись лиц, производивших прививки |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Глава Форма № 060/у "Лечебная карта допризывника № ____"

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

Пункт 3

3. Дата рождения: _____

Пункт 4

4. Место жительства допризывника _____

Пункт 5

5. Место работы (учебы) _____

Пункт 6

6. Профессия, должность _____

Пункт 7

7. Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке) _____

_____

Пункт 8

8. Срок явки:

а) Назначено явиться 20___ года _____ месяц

отправлено напоминание о явке _____

20___ года _____ месяц

Явился 20___ года_____ месяц

Пункт 9

9. Находился под наблюдением врача _____

_____дата

Прохождение лечения

Пункт 10

10. Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного осмотра)

_____

_____

Пункт 11

11. Данные рентгенодиагностики и лабораторного исследования

_____

Пункт 12

12. Диагноз _____

Пункт 13

13. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации _____

Лечащий врач _____ (подпись)

Главный врач _____ (подпись)

Данные медицинского наблюдения

| Дата посещения | Текущие наблюдения | Назначение |

|---|---|---|

Текст

Линия отреза ----------

Текст

Отрезной талон № _____лечебной карты допризывника № _____

Текст

(по снятии допризывника с лечения заполняется и направляется через территориальный орган в военкомат)

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 3

3. Дата рождения: _____

Пункт 4

4. Место жительства допризывника _____

Пункт 5

5. Место работы (учебы) _____

Пункт 6

6. Профессия, должность _____

Пункт 7

7. Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)

б) Назначено явиться 20___ года _____ месяц отправлено напоминание о явке

_____ 20___ года _____ месяц

Явился 20___ года_____ месяц

Пункт 9

9. Находился под наблюдением врача _____

дата 20___ года _____ месяц

Явился 20___ года_____ месяц

Пункт 10

10. Диагноз (установлен в лечебной организации)_____

Пункт 11

11. Данные объективного обследования

Пункт 12

12. Данные рентгенодиагностики _____

Пункт 13

13. Данные лабораторного исследования _____

Пункт 14

14. Данные других исследований _____

Пункт 15

15. Какое проведено лечение _____

Пункт 16

16. Результат лечения _____

Пункт 17

17. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации _____

Пункт 18

18. Снят с учета лечебной организации _____

"__"_____ 20 __ года

(Печать лечебной организации)

Лечащий врач _____ (подпись)

Главный врач _____ (подпись)

Глава Форма № 061/у "Именной список допризывников _____ годов рождения, направляемых на обследование, для систематического лечения, на диспансерное наблюдение"

_____

наименование организации

Текст

Область (край) _____ елді мекен

Текст

(населенный пункт) _____

Текст

аудан (район)_____

| № п/п | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Индивидуальный идентификационный номер | Дата рождения | Место жительства (подробный адрес) | Место работы (учебы) | Название заболевания | Сроки явки | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| назначено явиться (дата) | явился (дата) | | | | | | |

| 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | Оборот ф. № 061/у | | | | | | | |

| № п/п | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Индивидуальный идентификационный номер | Дата рождения | Место жительства (подробный адрес) | Место работы (учебы) | Название заболевания | Сроки явки | |

| назначено явиться (дата) | явился (дата) | | | | | | |

| 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Текст

20___ года "___" _____ Районный военный комиссар _____

Текст

Примечание: учетная форма используется и для списка неявившихся для систематического лечения путем замены слова "направляемых" на "неявившихся" и тогда слова "районный военный комиссар" заменяется словами "главный врач".

Глава Форма № 062/у "Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социально-психологических услуг"

| №п/п | Фамилия Имя Отчество (при его наличии) | Индивидуальный идентификационный номер | Дата | Адрес | Личностно-социальный статус пациента | Информация о семье | Социальный диагноз/Заключение психолога | Выявленные проблемы при посещении на дому | Оценка социального работника/психолога | План действий социального работника/ психолога | Название услуги: подготовка волонтеров (1) название темы/ тренинга (2) протезирование (3) получено средств передвижения (4) помещено в дома ребенка (5) | Примечание |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |

Глава Форма № 063/у "Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом"

Пункт 1

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при его наличии) _____

Пункт 2

2. Дата рождения (число/месяц/год)_____/_____/_____

Пункт 3

3. Пол: 1- муж, 2- жен

Пункт 4

4. Индивидуальный идентификационный номер _____ 5. Место жительства

5.1. Житель: 1- города, 2- села

Пункт 6

6. Прикрепленный житель: 1- да, 2- нет;

Пункт 7

7. Категории населения: 1- школьник, 2- студент, 3- работающий, 4- безработный, 5- другое

Пункт 8

8. Повод обращения: 1- консультация, 2- заболевание, 3- социальная проблема, 4 психологическая проблема, 5- участие в тренингах, 6- другое

Пункт 9

9. Кем направлен: 1- самообращение, 2- медицинские организации, 3- государственные организации и учреждения, 4 - неправительственные организации, 5 – прочие (вписать)_____)

Пункт 10

10. Источник информации: 1- врач, 2- средний медицинский работник, 3- родители, 4- друзья, 5- коллеги, 6- СМИ, 7- телефон доверия, 8- другое

Пункт 11

11. Визиты: 1- первичный, 2- повторный

Пункт 13

13. Посещения:

| Дата | Время посещения | Вид посещения (индивидуальное консультирование, групповая консультация, посещение на дому) |

|---|---|---|

| 13. Оценка социально-психологической проблемы | | |

Пункт 14

14. Виды социальных и психологических услуг: 1- социально-медицинские услуги 2 - социально-психологические услуги 3 - социально-педагогические услуги 4 - социально-экономические услуги 5 - социально-правовые услуги 6 - социально-бытовые услуги 7 - социально-трудовые услуги 8 - социально-культурные услуги; 9 - индивидуальные психологические консультации; 10 - семейные психологические консультации; 11 - групповые консультации

Пункт 15

15. Исход обращения: 1 - решение ситуации, 2 - улучшение ситуации, 3 - без перемен, 4 - отказ клиента, 5 - другое)

Пункт 16

16. Случай обращения: 1 - завершен, 2 - не завершен

Пункт 17

17. Социальный работник/психолог:

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Подпись_____

17.Дата "_____" _____ год

Глава Форма № 064/у "Талон прикрепления к медицинской организации"

Текст

№ амбулаторной карты

Текст

№ участка

Текст

ИИН

Текст

ФИО (при его наличии) пациента

Текст

Дата рождения

Текст

Пол

Текст

мужской

Текст

женский

Текст

Гражданство

Текст

Адрес проживания

Текст

Контактный телефон

Текст

Семейное положение .

Текст

Образование .

Текст

Место работы/учебы

Текст

Должность

Текст

Социальный статус.

Текст

ФИО (при его наличии) родителей для детей до 18 лет

Текст

При свободном выборе МО ПМСП медицинское обслуживание на дому.

Текст

ФИО (при его наличии) регистратора ID

Глава Список сокращений формы № 064/у "Талон прикрепления к медицинской организации":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МО | Медицинская организация |

| 4 | ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |

| 5 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма №065/у "Паспорт иммунизации"

Пункт 1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Пункт 2

2. Дата рождения _____

Пункт 3

3. Пол женский/мужской _____

Пункт 4

4. Индивидуальный идентификационный номер _____

Пункт 5

5. Адрес: _____

Туберкулез

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Туберкулезные пробы

| Дата диагностического теста | Возраст | Результат | Дата | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Гепатит В

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Дифтерия, стоблняк, полиомиелит, гепатит В, коклюш и гемофильная палочка типа В

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Дифтерия, столбняк, полиомиелит, коклюш, гемофильная палочка типа В

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Пневмококковая инфекция

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Коклюш, дифтерия, столбняк

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Вирус папилломы человека

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Дифтерия, столбняк

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Полиомиелит

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Корь, краснуха, паротит

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Гепатит А

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Бешенство

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Брюшной тиф

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Грипп

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Сибирская язва

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Туляремия

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Чума

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Клещевой энцефалит

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Коронавирусная инфекция

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Другие

| Вид иммунизации | Возраст | Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) | Дата иммунизации | Наименование медицинской организации | Наименование препарата | серия | доза | ФИО врача |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Текст

Пояснительная:

Пункт 1

1. В таблицах по иммунизации в первом столбце "Вид иммунизации" указывается плановая вакцинация и/или вакцинация по эпидемиологическим показаниям;

Пункт 2

2. Курсы вакцинации состоящие из нескольких прививок указывать вакцинация 1, вакцинация 2, вакцинация 3 и т. д.;

Пункт 3

3. Бустерные дозы указывать ревакцинация 1, ревакцинация 2 и тд;

Пункт 4

4. Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина;

Пункт 5

5. Прививки по эпидемиологическим показаниям (травмы, укусы, в качестве контактных, реципиенты 1 и т. д.) и дополнительная массовая иммунизация (ДМИ)/национальные дни иммунизации (НДИ)/массовая иммунизация (МИ) дополняются в одной таблице.

Глава Форма № 066/у "Журнал учета профилактических прививок"

Пункт 1

1. Дата и время

Пункт 2

2. № карты

Пункт 3

3. Индивидуальный идентификационный номер ребенка/матери (при его наличии)

Пункт 4

4. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) ребенка/матери

Пункт 5

5. Дата рождения

Пункт 6

6. Наименование заболевания, против которого применена вакцина

Пункт 7

7. Страна производитель

Пункт 8

8. Номер партии

Пункт 9

9. Номер серии

Пункт 10

10. Название препарата вакцины, анатоксина и прочие

Пункт 11

11. Способ применения

Пункт 12

12. Дозировка

единица измерения (далее – ед.изм.).

Пункт 13

13. Дата и время прививки

Пункт 1

1. Побочная реакция или нежелательное явление

Глава Форма № 067/у "ЖУРНАЛ движения вакцин" за 20____ год

_____

| № п/п | Дата вакцинации | Название вакцины | Привито новорожденных | Израсходовано вакцины (в дозах) | Остаток вакцины (в дозах) | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Отделение №1 | отделение №2 | всего по роддому | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Глава Форма № 068/у "Справка для получения путевки"

Текст

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает пациенту права поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое лечение

Текст

Действительна до _____

Текст

(число, месяц, год)

Текст

Выдана лицу _____

Текст

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Текст

ИИН _____

Текст

Дата рождения _____

Текст

Место постоянного жительства: _____

Текст

в том, что он (она) страдает_____

Текст

_____

Текст

(указать диагноз)

Текст

_____

Текст

и что ему (ей) рекомендуется лечение: курортное _____

Текст

(указать рекомендуемые курорты)

Текст

а) в санатории _____

Текст

(указать профиль)

Текст

б) амбулаторно-курсовое (нужное подчеркнуть) _____

Текст

В местном санатории (вне курорта) _____

Текст

(указать профиль санатория)

Текст

Время года (зимой, весной, летом, осенью) подчеркнуть

Текст

Справка действительна лишь по месту жительства или работы пациента.

Текст

Она представляется при получении путевки.

Текст

После получения путевки необходимо обратиться за санаторной картой

Текст

в медицинскую организацию, выдавшей справку.

Текст

Лечащий врач_____

Текст

М.П. Заведующий отделением_____

Текст

20___ года "_____"_____

Глава Форма № 069/у "Санаторно-курортная карта № _____" 20____ года _____

Текст

_____

Текст

Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение.

Текст

Без настоящей карты путевка недействительна.

Текст

Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту:

Текст

Область _____

Текст

район _____

Текст

город _____

Текст

улица _____

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лечащего врача

Текст

_____

Текст

_____

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) пациента (полностью)

Текст

_____

Текст

_____

Текст

Пол: муж, жен. (нужное подчеркнуть), дата рождения _____

Текст

Индивидуальный идентификационный номер _____

Текст

Үйінің мекен жайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон)

Текст

_____

Текст

_____

Пункт 2

2. Место учебы (работы)

_____

Пункт 3

3. Занимаемая должность

_____

Детский блок (0-17 лет включительно)

Место работы родителей и телефон _____

_____

Пункт 1

1. Анамнез: вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания

(в каком возрасте) _____

_____

_____

_____

Пункт 2

2. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

Пункт 3

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз)

(Профилактические прививки (указать даты))

_____

_____

_____

Пункт 4

4. Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности

и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое

лечение (в том числе противорецидивное), указать пользовался ли

санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда

_____

_____

_____

_____

_____

Пункт 5

5. Жалобы в настоящее время _____

_____

Пункт 6

6. Объективті қарау деректері (Данные объективного осмотра)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Пункт 7

7. Данные лабораторного, рентгенологического исследований (даты)

_____

_____

_____

_____

Диагноз основной _____

_____

Сопутствующие заболевания _____

_____

Подпись лечащего врача _____

Место печати

Подпись заведующего отделением _____

Заключение санаторно-отборочной комиссии

Диагноз основной

_____

_____

Сопутствующие заболевания _____

Рекомендуемое санаторно-курортное лечение _____

Председатель _____

Члены комиссии _____

Место печати

Дата _____ (число, месяц, год)

Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей.

Срок действия карты - 2 месяца.

Обязательное приложение к форме.

Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка.

Фамилия, имя ребенка _____

Находился в санатории _____

с _____ по _____

Диагноз санатория: _____

Сопутствующие заболевания _____

Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур)

_____

Эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей,

функциональных проб, изменения в соматическом статусе, общая оценка результатов лечения)

_____

Рекомендации по дальнейшему лечению _____

Контакты с инфекционными заболеваниями _____

Перенесенные интеркуррентные заболевания, обострение основного и сопутствующих заболеваний

_____

_____

Подпись ординатора _____

Подпись главного врача _____

Дата _____

Блок для взрослых (18 лет и старше)

Пункт 1

1. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение,

в том числе санаторно-курортное)

_____

_____

Пункт 2

2. Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического исследований (даты)

_____

_____

Пункт 3

3. Диагноз:

а) основной _____

б) сопутствующие заболевания _____

Заключение:

Курортное лечение (указать рекомендуемые курорты) _____

а) в санатории (указать профиль) _____

б) амбулаторно-курсовое _____

Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта)

(указать профиль санатория) _____

Время года _____

Лечащий врач _____

Заведующий отделением _____

Глава Форма № 070/у "Путевка в детский санаторий" № ____

Текст

_____

Текст

наименование санатория и медицинский профиль _____

Текст

Сроком с 20___ года _____ до 20___ года _____

Текст

Путевка бесплатная, продажа или передача другим лицам не допускается

Текст

Фамилия ребенка _____

Текст

Имя (полностью) _____

Текст

Дата рождения _____ (число, месяц, год)

Текст

Индивидуальный идентификационный номер _____

Текст

Домашний адрес _____

Текст

Телефон _____

Текст

Адрес организации, выдавшей путевку _____

Текст

(Подпись лица, выдавшего путевку, должность и фамилия) _____

Текст

Печать организации выдавшей путевку

| | (Стр.2 ф. № 070/у) |

|---|---|

Текст

В санаторий принимаются дети в возрасте от _____ до _____ включительно

Текст

Показания (в соответствии с медицинским профилем)

Текст

1._____

Текст

2._____

Текст

3._____

Текст

4._____

Текст

5._____

Текст

6._____

Текст

Общие противопоказания

Пункт 1

1. Все болезни в остром периоде _____

Пункт 2

2. Все хронические заболевания, требующие специального лечения

Пункт 3

3. Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции

Пункт 4

4. Бациллоносительство

Пункт 5

5. Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия, лейкемия, злокачественные новообразования,

кахексия, амилоидоз внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов

Пункт 6

6. Болезни сердечно-сосудистой системы:

а) для местных специализированных санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени

б) Для санаторного лечения на курортах – недостаточность кровообращения любой степени

Пункт 7

7. Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения

Пункт 8

8. Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

| | Стр.3 ф. № 070/у |

|---|---|

Глава Путевка действительна при наличии:

Пункт 1

1. Санаторно-курортной карты

Пункт 2

2. Справки эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными пациентами по месту жительства

Пункт 3

3. Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных заболеваний кожи

Пункт 4

4. Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное бактериносительство (по эпидемиологическим и медицинским показаниям)

Примечание:

В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно

| | (Стр.4 ф. № 070/у) |

|---|---|

Текст

Адрес санатория _____

Текст

Пути сообщения_____

Глава Форма № 071/у "Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь"

Текст

_____

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Текст

Индивидуальный идентификационный номер __ __ __ __ __ __

Текст

Дата рождения _____

Текст

Домашний адрес _____

Текст

домашний телефон №_____

Текст

№ школы и ее адрес _____

Текст

Телефон _____ класс _____ район _____

Текст

№ поликлиники и ее адрес _____

Текст

телефон № _____

Текст

Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз) _____

Текст

Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка,

Текст

болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) _____

Текст

Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней) _____

Текст

Физическое развитие _____

Текст

Физкультурная группа _____

Текст

Рекомендуемый режим _____

Текст

дата выдачи справки

Текст

Подпись врача школы или детской поликлиники _____

| | Стр.2 ф. № 071/у |

|---|---|

Текст

Заполняется врачом оздоровительного лагеря

Текст

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в оздоровительном лагере _____

Текст

Контакт с инфекционными пациентами _____

Текст

Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере:

Текст

Общее состояние_____

Текст

Вес при поступлении _____ при отъезде _____

Текст

Динамометрия_____

Текст

Спирометрия_____

Текст

Дата _____

Текст

Подпись врача оздоровительного лагеря _____

Текст

Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы

Текст

Корешок к медицинской справке № ____

Текст

Индивидуальный идентификационный номер

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Дата рождения

Текст

Диагноз и медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к выезду за границу

Текст

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

Текст

Название страны

Текст

Домашний адрес направляемого

Текст

Дата выдачи справки

Текст

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Текст

Члены комиссии

Текст

Место печати врача

Текст

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Текст

_____

Глава Форма № 072/у "Медицинская справка (для выезжающего за границу)"

Текст

Выдана Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

лет, в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике. (название и местонахождение организации)

Текст

При осмотре установлено

Текст

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

Текст

По состоянию здоровья лица направляется в заграничную командировку (название страны) сроком на

Текст

Дата

Текст

Срок годности справки –1 год

Текст

Члены комиссии

Текст

Место печати врача

Глава Форма № 073/у "Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством"

Текст

Индивидуальный идентификационный номер

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Дата рождения

Текст

Пол

Текст

мужской

Текст

женский

Текст

Адрес проживания

Текст

Контактный телефон

Текст

Место работы/учебы

Текст

Должность

Текст

Результаты медицинского осмотра у специалистов:

Текст

Заключение врача-терапевта/ВОП Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

Дата освидетельствования

Текст

Заключение противопоказания

Текст

Заключение врача-офтальмолога Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

Дата освидетельствования

Текст

Заключение противопоказания

Текст

Заключение врача-оториноларинголога

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

Дата освидетельствования

Текст

Заключение противопоказания

Текст

Заключение врача-психиатра Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

Дата освидетельствования

Текст

Заключение противопоказания

Текст

Заключение

Пункт 1

1. к управлению троллейбусами и трамваями.

Пункт 2

2. к управлению автомобилями без ограничения максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров "A", "B", "C", "D", "BE", "CE", "DE", подкатегорий "A1, B1, C1, D1, C1E и D1E", а также трамваями и троллейбусами

Пункт 3

3. к управлению индивидуальным автомобилем категории "B" без права работы по найму к управлению автомобилем с ручным управлением.

Пункт 4

4. к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "A").

Пункт 5

5. к управлению мотоколяской.

Пункт 6

6. к управлению мопедом.

Дата выдачи медицинской справки

Срок годности справки 12 месяцев

Печать медицинской комиссии

Председатель комиссии

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор

Секретарь

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор

Глава Форма № 074/у "Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу"

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной _____

Текст

Индивидуальный идентификационный номер _____

Текст

Туған күні (Дата рождения) _____

Текст

Место работы и должность _____

Текст

Беременность _____ недель _____

Текст

Основание для перевода _____

Текст

Рекомендуемая работа _____

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача _____

Текст

подпись _____

Текст

Дата выдачи _____

Текст

Перевод осуществлен _____

Текст

Должность руководителя _____

Текст

Подпись _____

Текст

Дата _____

Глава Форма № 075/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)"

Текст

Наименование МО

Текст

ИИН

Текст

ФИО (при его наличии)

Текст

Дата рождения

Текст

Пол

Текст

мужской

Текст

женский

Текст

Адрес проживания

Текст

Адрес регистрации

Текст

Место работы/учебы/детского учреждения

Текст

Должность

Текст

Дата последнего медицинского обследования

Текст

Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра наименование

Текст

Врач ФИО (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

Заключение терапевта/ВОП ФИО (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

дата

Текст

наименование код

Текст

Заключение нарколога ФИО (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

дата

Текст

наименование код

Текст

Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

Текст

Дата

Текст

Результат.

Текст

Заключение психиатра ФИО (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Текст

Психологическое тестирование:

Текст

Дата

Текст

Результат.

Текст

Данные рентгенологического (флюорографического) обследования

Текст

Дата

Текст

Результат.

Текст

Данные лабораторных исследований

Текст

Врачебное заключение о профессиональной пригодности с указанием условий

Текст

Лицо, заполнявшее справку

Текст

Идентификатор

Текст

ФИО (при его наличии)

Текст

Руководитель медицинской организации Идентификатор

Текст

ФИО (при его наличии)

Глава Список сокращений формы № 075/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МО | Медицинская организация |

| 4 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

| 5 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |

Глава Форма № 076/у "Заключение медицинского осмотра (для получения разрешений в сферах оборота гражданского и служебного оружия, гражданских пиротехнических веществ)" 20___ года "____" _____

Текст

Выдано гражданину (-ке): _____

Текст

ФИО (при его наличии) _____

Текст

_____

Текст

ИИН _____

Текст

Область (город) _____ район _____

Текст

по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра

Текст

(нужное подчеркнуть) в организации _____

Текст

наименование организации

Текст

Врач терапевт _____

Текст

подпись ФИО (при его наличии)

Текст

дата освидетельствования 20___года "____" _____

Текст

Заключение _____

Текст

_____

Текст

противопоказания имеются /отсутствуют

Текст

Место печати врача

Текст

Врач-невропатолог_____

Текст

подпись ФИО (при его наличии)

Текст

дата освидетельствования 20___года "___"_____

Текст

Заключение _____

Текст

_____

Текст

противопоказания имеются /отсутствуют

Текст

Место печати врача

Текст

Врач-офтальмолог_____

Текст

подпись ФИО (при его наличии)

Текст

дата освидетельствования 20___года "____"_____

Текст

Заключение _____

Текст

_____

Текст

противопоказания имеются /отсутствуют

Текст

Место печати врача

Текст

Врач-оториноларинголог_____

Текст

подпись ФИО (при его наличии)

Текст

дата освидетельствования 20___года "_____" _____

Текст

Заключение _____

Текст

_____

Текст

противопоказания имеются /отсутствуют

Текст

Место печати врача

Текст

Врач-психиатр с психологическим тестированием: _____

Текст

_____

Текст

подпись ФИО (при его наличии)

Текст

дата освидетельствования 20___года "___" _____

Текст

Заключение _____

Текст

_____

Текст

противопоказания имеются /отсутствуют

Текст

Место печати врача

Текст

Исследование жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

Текст

_____

Текст

дата

Текст

результат _____

Текст

_____

Текст

ФИО (при его наличии) исполнителя

Текст

Врач-нарколог_____

Текст

подпись ФИО (при его наличии)

Текст

дата освидетельствования 20___года "___"_____

Текст

Наименование МО

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 2

2. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) в соответствии с документами, удостоверяющими личность

Пункт 3

3. Дата рождения:

Пункт 4

4. Адрес проживания

Пункт 5

5. Медицинское заключение

Пункт 6

6. Рекомендации (при наличии)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку,

Место печати

_____

Заключение _____

_____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Заключение медицинского осмотра

Врач терапевт _____

подпись ФИО (при его наличии)

Место печати врача

Руководитель медицинской организации _____

подпись ФИО (при его наличии)

Место печати врача

Председатель комиссии _____

ФИО (при его наличии) подпись

Секретарь _____

ФИО (при его наличии) подпись

Список сокращений формы № 076/у "Заключение медицинского осмотра

(для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия)":

| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

|---|---|---|

| 2 | МП | Место печати |

| 3 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 077/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы" №____

Текст

Дата взятия на учет

Текст

Общая часть:

Пункт 1

1. ИИН

Пункт 2

2. ФИО (при его наличии)

Пункт 3

3. Дата рождения дата месяц год

Пункт 4

4. Группа крови. резус-фактор.

Пункт 5

5. Дата определения

Пункт 6

6. Возраст

Пункт 7

7. Национальность

Пункт 8

8. Житель

города

села

Пункт 9

9. Адрес проживания область район город улица дом квартира

Пункт 10

10. Место работы/учебы

Должность Образование.

Пункт 11

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса

Пункт 12

12. Информация о муже:

12.1 ИИН

12.2 ФИО (при его наличии), телефон

12.3 Группа крови. и резус принадлежность

Врач: ID ФИО (при его наличии)

При желании беременной женщины, информация, содержащаяся

в данной форме дублируется на бумажном носителе (аналог обменной карты)

| | Вкладной лист 1 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Первичный прием:

Текст

Дата приема

Текст

Жалобы при взятии на учет

Текст

Анамнез:

Текст

Дата приема

Пункт 1

1. Осложнения данной беременности

Пункт 2

2. Наследственность.

Пункт 3

3. Перенесенные острые заболевания код наименование.

Пункт 4

4. Гепатит

нет

да

Пункт 5

5. Туберкулез

нет

да

Пункт 6

6. Онкозаболевания

нет

да

Пункт 7

7. Венерические заболевания

нет

да

Пункт 8

8. Хронические заболевания (если есть, то состоит ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию)

нет

да код наименование.

Пункт 9

9. Перенесенные операции код МКБ. код МКБ.

Пункт 10

10. Гемотрансфузия

нет

да

Пункт 11

11. Аллергоанамнез

нет

да

Пункт 12

12. Рентгенологическое обследование (результат последнего обследования)

Пункт 13

13. Вредные привычки

нет

да

Акушерско-гинекологический специальный: Дата приема

Пункт 1

1. Менструальная функция:

Менархе

в лет

длительность менструации

характер цикла.

Пункт 2

2. Половая жизнь с

лет

Пункт 3

3. Брак.

Пункт 4

4. Данные о здоровье отца (рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Пункт 5

5. Гинекологический анамнез

Пункт 6

6. Контрацепция

Пункт 7

7. Последняя менструация с _____ по _____

Пункт 8

8. Беременность наступила.

Исход предыдущих беременностей*

Пункт 1

1. Беременность которая

Пункт 2

2. Роды

Пункт 3

3. Беременность наступила.

Пункт 4

4. Чем закончилась беременность.

Пункт 5

5. Срок родов

недель

Пункт 6

6. Ребенок родился. масса (вес)

Пункт 7

7. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода

* Информация по всем предыдущим беременностям вносится в хронологическом порядке.

Объективные данные:

Дата приема

Пункт 1

1. Общее состояние (удовлетворительное)

Пункт 2

2. Рост см.

Пункт 3

3. Масса (вес)

кгод

Пункт 4

4. ИМТ (индекс массы тела)

Пункт 5

5. Кожные покровы

Пункт 6

6. Отеки

Пункт 7

7. Исследование молочных желез

Пункт 8

8. Состояние органов дыхания

Пункт 9

9. Сердечно - сосудистой системы

Пункт 10

10. АД: на правой руке

на левой руке

ЧСС

Пункт 11

11. Живот

Пункт 12

12. Печень, селезенка

Пункт 13

13. Симптом поколачивания

Пункт 14

14. Другие органы

Пункт 15

15. Мочеиспускание

Пункт 16

16. Стул

Акушерский статус: Дата приема

Пункт 1

1. Размеры таза по показаниям (рост менее 150 см и выше 170 см. травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):

D. Sp.

D. cr.

D. Troch

c. Ext

C. Diag

C. Vera

Пункт 2

2. Наружное акушерское исследование: высота дна матки)

см. 3. Окружность живота по показаниям

см. 4. Положение плода, позиция, вид

Пункт 5

5. Предлежание.

Пункт 6

6. Сердцебиение плода

Пункт 7

7. Срок беременности:

По менструации

недель

По УЗИ (раннему до 16 недель)

недель

Пункт 8

8. Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы На зеркалах: Влагалище Шейка матки Тело матки Придатки

Особенности Кольпоскопия (по показаниям)

Пункт 9

9. Срок беременности

недель

Пункт 10

10. Предполагаемая дата родов

Пункт 11

11. Предполагаемое место родов

Пункт 12

12. Факторы риска.

Индивидуальный план ведения беременности:

Пункт 1

1. Посещения

Пункт 2

2. Лабораторные исследования, дата и время (услуга из тарификатора);

Пункт 3

3. Инструментальные методы исследования, дата и время (услуга из тарификатора);

Пункт 4

4. Консультации специалистов, дата и время (услуга из тарификатора);

Пункт 5

5. Профилактические мероприятия

Врач: ID ФИО (при его наличии)

| | Вкладной лист 2 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Прием врача акушер-гинеколога (заполняется при каждом посещении)

Текст

Дата

Пункт 1

1. Жалобы

Пункт 2

2. Общее состояние

Пункт 3

3. АД

Пункт 4

4. Пульс

Пункт 5

5. Кожные покровы

Пункт 6

6. Отеки

Пункт 7

7. Живот

Пункт 8

8. Матка

в нормотонусе

в гипертонусе)

Гравидограмма

Наружное акушерское исследование:

Пункт 1

1. Высота дна матки

см.

Пункт 2

2. Положение плода

Пункт 3

3. Предлежание .

Пункт 4

4. Сердцебиение плода

Пункт 5

5. ЧСС

ударов в мин

Пункт 6

6. Другие органы

Пункт 7

7. Мочеиспускание

Пункт 8

8. Стул

Пункт 9

9. Беременность

недель

Пункт 10

10. Дополнительный диагноз (при наличии)

Проведенные обследования (при формировании в МИС, могут отображаться)

Рекомендации

| | Врач: ID ФИО |

|---|---|

| | (при его наличии) |

| | Вкладной лист 3 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Результаты лабораторных и диагностических исследований

Пункт 1

1. Дата и время

Пункт 2

2. Лабораторные исследования:

Беременность

недель:

услуга из тарификатора., дата и время, результат. RW 1 RW 2 ВИЧ-1 (с информированного согласия) ВИЧ-2 (с информированного согласия) Маркеры гепатита В, дата и время Мазок на микроскопию (по показаниям), дата и время Мазок на онкоцитологию (по показаниям), дата и время

Пункт 3

3. Пренатальный скрининг:

Биохимический скрининг Период проведения Дата проведения Результаты обследования

Ультразвуковой скрининг Период проведения. Дата проведения Срок беременности

недель Заключение Кардиотокографическое исследование (после 32 недель по показаниям)

Доплерометрия (по показаниям) Врач: ID ФИО (при его наличии)

| | Вкладной лист 4 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Консультации специалистов (по показаниям)

Пункт 1

1. Дата и время

Пункт 2

2. Вид консультации

Пункт 3

3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

Пункт 4

4. Диагноз код наименование.

Пункт 5

5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

Пункт 6

6. Идентификатор врача

При наличии:

Пункт 7

7. Записи консилиумов включают согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется.

| | Вкладной лист 5 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Подготовка к родам (Школа подготовки к родам)

Пункт 1

1. Дата проведения

Пункт 2

2. Срок беременности

недель

Пункт 3

3. Тема занятий

Пункт 4

4. Посещение партнера

нет

да

Пункт 5

5. ID ФИО (при его наличии) врача, проводившего занятие

| | Вкладной лист 6 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Патронажные посещения

Пункт 1

1. Дата проведения

Пункт 2

2. Срок беременности

недель

Пункт 3

3. Жалобы

Пункт 4

4. Общее состояние

Пункт 5

5. АД

Пункт 6

6. Положение плода

Пункт 7

7. Предлежание

Пункт 8

8. Сердцебиение плода

Пункт 9

9. Бытовые условия

Пункт 10

10. Социальное благополучие

Пункт 11

11. Социально-правовая помощь (по показаниям)

Пункт 12

12. Психопрофилактическая подготовка к родам: услуга из тарификатора, дата и время

Пункт 13

13. Результат.

Пункт 14

14. Рекомендации

Кем проведен патронаж ID ФИО (при его наличии)

| | Вкладной лист 7 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Выдача дородового/послеродового декретного листа

Пункт 1

1. Отпуск по беременности:

с _____

по _____

Лист о временной нетрудоспособности №

Пункт 2

2. Роды, дата и время

Роды произошли (из регистра МО)

Пункт 3

3. Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах на

дней

с _____

по _____

Лист о временной нетрудоспособности №

Пункт 4

4. Выписка родильного дома, дата и время

Послеродовый эпикриз (Приходит после родов для завершения документа)

Пункт 1

1. Дата родов/аборта

Пункт 2

2. Осложнения данной беременности код наименование.

Пункт 3

3. Экстрагенитальные заболевания, диагноз

Пункт 4

4. Исход беременности.

Пункт 5

5. Особенности родов

Пункт 6

6. Ребенок. Вес

гр., рост

см

Пункт 7

7. Исход пребывания в стационаре:.

Врач: ID ФИО (при его наличии)

| | Вкладной лист 8 к индивидуальной карте беременной и родильницы |

|---|---|

Глава Наблюдение за родильницей (дневник)

Пункт 1

1. Дата

Пункт 2

2. Общий осмотр

Пункт 3

3. Жалобы

Пункт 4

4. Результаты проведенных обследований

Пункт 5

5. Советы, назначения

Врач: ID ФИО (при его наличии)

Глава Список сокращений формы № 077/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы":

| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |

|---|---|---|

| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |

| 3 | МИС | Медицинская информационная система |

| 4 | МО | Медицинская организация |

| 5 | ФИО (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

Глава Форма № 078/у "Рецепт №__"

Текст

Дата и время

Текст

Выберите для кого

Текст

Выберите оплату.

Текст

Индивидуальный идентификационный номер

Текст

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Текст

Дата рождения

Текст

Домашний адрес

Текст

Диагноз

Текст

Фамилия, имя, отчество. (при его наличии) врача и (или) специалиста сестринского дела, идентификатор

Текст

Rp.

Текст

Международное непатентованное наименование

Текст

D.T.D.

Текст

D.S.

Текст

Рецепт действителен до

Текст

Телефон

Глава Форма № 079/у "Справка №_____ о временном освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком"

Текст

Дата выдачи

Текст

Выдана гражданину(ке)

Текст

в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком.

Текст

Место работы

Текст

Сведения о ребенке

Текст

Фамилия, имя, возраст

Текст

Диагноз

Текст

Дошкольное учреждение, школа

Текст

Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор

| Контрольный талон к справке №_____ о временном освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком Дата выдачи Фамилия, имя, отчество (при его наличии) освобожденного от работы Индивидуальный идентификационный номер Место работы Домашний адрес Родственные отношения с ребенком Сведения о ребенке фамилия, имя, возраст Диагноз Дошкольное учреждение, школа Освобожден (а) от работы с дд/мм/ггдо дд/мм/гг Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор | |

|---|---|

| | оборотная сторона ф. № 079/у |

|---|---|

Текст

Освобождение от работы

| с какого числа | число (включительно) | должность и фамилия врача | подпись врача | подпись председателя ВКК |

|---|---|---|---|---|

| | Приступить к работе с дд/мм/гг | | | |

| | Идентификатор организации | | | |

Глава Форма № 080/у "Форма учета амбулаторных посещений"

Пункт 1

1. Дата и время посещения

Пункт 2

2. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 3

3. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Пункт 4

4. Дата рождения

Пункт 5

5. Пол

Пункт 6

6. Возраст

Пункт 7

7. Национальность

Пункт 8

8. Житель

города

села

Пункт 9

9. Адрес проживания

Пункт 10

10. Причина посещения

Пункт 11

11. Диагноз

Пункт 12

12. Вид оказанной услуги

Пункт 13

13. ФИО (при его наличии), идентификатор медицинского работника

Глава Форма № ТБ 081/у "Журнал регистрации пациентов с подозрением на туберкулез"

| № | Дата обращения | ФИО (при его наличии) | Возраст | Пол | Дата напр-я на ММ* | Результаты ММ до ДАГ | Результаты ММ после ДАГ | Дата напр-я наXpert | Результат Xpert |

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| До ДАГ | После ДАГ | 1 | 2 | 1 | 2 | | | | |

Текст

продолжение таблицы

| Дата направления на ФГ/РГ* | Рез-т ФГ/РГ | Назначение антибактериальных препаратов: сроки, название | Диагноз, примечание | Дата установления диагноза ТБ | |

|---|---|---|---|---|---|

| До ДАГ | После ДАГ | До ДАГ | После ДАГ | Дата начала | Дата окончания |

Текст

ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография Xpert – Xpert MTB/Rif

Глава Форма № ТБ 082/у "Карта наблюдения за диспансерным контингентом"

Текст

Индивидуальный код _____

Пункт 1

1. Индивидуальный идентификационный номер

Пункт 1

1. Тип контингента

ТБ сомнительной активности)

ТБ активный

ТБ неактивный

контактный: ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ;

из МБТ(+) МБТ(-)

нормергия

гиперергическая реакция

побочная реакция на БЦЖ2.

Индивидуальные данные

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Регистрационный №

Дата рождения дата месяц год

Пол

м

ж

Возраст

Национальность .

Житель

города

села

Гражданство.

Адрес фактического проживания область район город улица дом квартира

Место работы

Пункт 4

4. Сведения о диспансеризации

| Д группа(0; IA; IB; IГ; II; IIIA; IIIБ) | Дата взятия на ДУ | Диагноз | Дата снятия с ДУ | Причина снятия с ДУ* |

|---|---|---|---|---|

Текст

* 1 –Перевод в I группу;

Текст

2 - Перевод в II группу;

Текст

3 –Перевод в III группу;

Текст

4 –Умер от ТБ;

Текст

5 –Умер от других причин;

Текст

6 –ТБ не подтвердился;

Текст

7 –Перевод в другое учреждение;

Текст

8 - Отрыв от диспансеризации "неактивные ТБ" - 12 мес., "активные ТБ" - 6 мес.,

Текст

"0гр." - 4 мес.; 9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы/Снят с диспансерного учета.

Текст

Химиопрофилактика:

Текст

да

Текст

нет

Текст

H (Изониазид) H и E (Изониазид и Этамбутол)

Текст

Если да:

Текст

Дата начала _____/_____/_____

Текст

Дата окончания_____/_____/_____

Текст

Дата начала _____/_____/_____

Текст

Дата окончания_____/_____/_____

Текст

Дата начала _____/_____/_____

Текст

Дата окончания_____/_____/_____

Текст

Курс лечения: 60 дней 90 дней 180 дней

Текст

Продолжение таблицы

Текст

Оздоровление:

Текст

санаторная группа

Текст

санаторный детский сад

Текст

санаторная школа-интернат

Текст

ТБ санаторий Дата начала _____/_____/_____ Дата окончания_____/_____/_____

Текст

Хирургическое лечение:

Текст

код наименование

Пункт 3

3. Результаты исследований

| Бактериологические методы исследования | Лучевые методы | | | | | |

|---|---|---|---|---|---|---|---|

| МГ | ММ | Посев | ТЛЧ | Метод | Дата | Результат | |

| Дата | Результат | Дата | Результат | Дата | Результат | Дата | Результат |

Текст

продолжение таблицы

| Туберкулинодиагностика проба Манту | Туберкулинодиагностика АТР | другие | | | |

|---|---|---|---|---|---|

| Дата | Результат | Дата | Результат | Дата | Результат |

Пункт 5

5. Эта часть заполняется на активных пациентов с бактериовыделением

(относится к эпидемиологической группе очага)

| Группа очага (1; 2; 3) | Взят на учет | Снят с учета | Причина снятия**** |

|---|---|---|---|

Текст

**** 1-Перевод во II группу;

Текст

2- Перевод в другое учреждение;

Текст

3- Умер от ТБ или других причин;

Текст

4- Снят с эпидемиологического контроля.

Глава Форма № 083/у "Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики Казахстан" от "_____"_____ 20___ года

Текст

Выдана физическому лицу

Текст

Индивидуальный идентификационный номер

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Текст

Дата рождения

Текст

Пол

Текст

м

Текст

ж

Текст

Домашний адрес область район город улица дом квартира

Текст

Телефон

Текст

Место работы

Текст

Заключение врача-психиатра:

Текст

Фамилия Имя Отчество (при его наличии), подпись и печать врача-психиатра

Текст

Место печати (организации)

| | Приложение 4 к приказу Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2025 года № 64 |

|---|---|

| | Приложение 7 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

Глава Перечень документации, обязательной для заполнения медицинскими работниками

Пункт 1

1. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах

| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |

|---|---|---|---|---|

| 1. | Медицинская карта стационарного пациента | 001/у | В электронном формате | 25 лет |

| 2 | Выписка из медицинской карты стационарного пациента № ___ | 001-1/у | В электронном формате | 25 лет |

| 3 | Протокол (карта) патологоанатомического исследования | 002/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |

| 4 | Форма учета движения крови, ее компонентов и диагностических стандартов | 003/у | В электронном формате | 5 лет |

| 5 | Журнал учета сбора ретроплацентарной крови | 004/у | В электронном формате | 5 лет |

| 6 | Листок учета движения больных и коечного фонда стационара | 005/у | В электронном формате | 1 год |

| 7 | Форма учета переливания крови, ее компонентов | 006/у | В электронном формате | 5 лет |

| 8 | Форма учета реципиентов крови и ее компонентов | 007/у | В электронном формате | 5 лет |

| 9 | Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов | 008/у | В электронном формате | 5 лет |

| 10 | Акт констатации биологической смерти/ изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга | 009/у | В электронном формате | 25 лет |

| 11 | Журнал учета консервированного костного мозга | 010/у | В электронном формате | 25 лет |

| 12 | Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа) | 011/у | В электронном формате | 25 лет |

| 13 | Статистическая карта выбывшего из стационара | 012/у | В электронном формате | 1 год |

| 14 | Форма учета отделения (палаты) новорожденных | 013/у | В электронном формате | 5 лет |

| 15 | Медицинская карта больного туберкулезом | ТБ 014/у | В электронном формате | 5 лет |

| 16 | Медицинская карта больного туберкулезом категории IV | ТБ 015/у | В электронном формате | 5 лет |

| 17 | Форма учета регистрации больных туберкулезом | ТБ 016/у | В электронном формате | 5 лет |

| 18 | Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV | ТБ 017/у | В электронном формате | 5 лет |

| 19 | Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов | ТБ 018/у | В электронном формате | 5 лет |

Пункт 2

2. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |

|---|---|---|---|---|

| 1 | Форма учета операций/манипуляций | 019/у | В электронном формате | 25 лет |

| 2 | Форма учета родов | 020/у | В электронном формате | 25 лет |

| 3 | Форма учета медицинского освидетельствования, справок | 021/у | В электронном формате | 5 лет |

| 4 | Карта диализа | 022/у | В электронном формате | 25 лет |

| 5 | Журнал учета разведенных цитостатиков | 023/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 6 | Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении | 024/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 7 | Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии | 025/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 8 | Заключение врачебно - консультационной комиссии | 026/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 9 | Справка | 027/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 10 | Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта, (в том числе из государства-члена ЕАЭС) | 028/у | В бумажном формате | 3 года |

| 11 | Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности | 029/у | В электронном формате | 3 года |

| 12 | Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ | 030/у | В электронном формате | 1 год |

| 13 | Заключение на медико-социальную экспертизу | 031/у | В электронном формате | 1 год |

| 14 | Журнал регистрации медицинской реабилитации лиц с инвалидностью | 032/у | В электронном формате | 3 года |

| 15 | Медицинская часть индивидуальной программы абилитации и реабилитации пациента/лица с инвалидностью | 033/у | В электронном формате | 3 года |

| 16 | Извещение | 034/у | В электронном формате | 3 года |

| 17 | Форма учета медицинских услуг | 035/у | В электронном формате | 1 год |

| 18 | Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией | 036/у | В электронном формате | 3 года |

| 19 | Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию | 037/у | В электронном формате | 3 года |

| 20 | Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности | 038/у | В электронном формате | 3 года |

| 21 | Заключение судебно-психиатрической экспертизы | 039/у | В электронном/ бумажном формате | 25 лет |

| 22 | Заключение психиатрического освидетельствования осужденного | 040/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |

| 23 | Медицинское свидетельство о рождении | 041/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |

| 24 | Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении | 042/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |

| 25 | Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы | 043/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 26 | Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ) | 044/у | В бумажном формате | до минования надобности |

| 27 | Медицинское свидетельство о смерти | 045/у | В электронном формате | 15 лет |

| 28 | Медицинское свидетельство о перинатальной смерти | 046/у | В электронном/ бумажном формате | 15 лет |

| 29 | Реабилитационная карта | 047/у | В электронном формате | 5 лет |

| 30 | Обменная карта беременной и родильницы | 048/у | В бумажном формате | 3 года |

| 31 | Журнал регистрации аварийных ситуаций | 049/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 32 | Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет | 050/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 33 | Карта учета материнской смертности | 051/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

Пункт 3

3. Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно-поликлинических организациях

| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |

|---|---|---|---|---|

| 1 | Медицинская карта амбулаторного пациента | 052/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 2 | Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента № ___ | 052-1/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 3 | Паспорт здоровья ребенка | 052-2/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 4 | Талон на прием к врачу | 053/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 5 | Статистическая карта амбулаторного пациента | 054/у | В электронном формате | 1 год |

| 6 | Карта профилактического осмотра (скрининга) | 055/у | В электронном формате | 5 лет |

| 7 | Форма учета записи вызовов врачей на дом | 056/у | В электронном формате | 1 год |

| 8 | Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности | 057/у | В электронном формате | 1 год |

| 9 | Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию) | 058/у | В электронном формате | 5 лет |

| 10 | Карта обратившегося за антирабической помощью | 059/у | В бумажном формате | 3 года |

| 11 | Лечебная карта допризывника | 060/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 12 | Именной список допризывников для систематического лечения | 061/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 13 | Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг | 062/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 14 | Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом | 063/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 15 | Талон прикрепления к медицинской организации | 064/у | В электронном формате | 1 год |

| 16 | Паспорт иммунизации | 065/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 17 | Журнал учета профилактических прививок | 066/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 18 | Журнал движения вакцин | 067/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 19 | Справка для получения путевки | 068/у | В бумажном формате | 3 года |

| 20 | Санаторно-курортная карта | 069/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 21 | Путевка в детский санаторий | 070/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 22 | Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь | 071/у | В бумажном формате | до минования надобности |

| 23 | Медицинская справка (для выезжающего за границу) | 072/у | В бумажном формате | до минования надобности |

| 24 | Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством | 073/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 25 | Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу | 074/у | В бумажном формате | до минования надобности |

| 26 | Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) | 075/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 27 | Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия | 076/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 28 | Индивидуальная карта беременной и родильницы | 077/у | В электронном формате | 5 лет |

| 29 | Рецепт | 078/у | В электронном формате | 1 год |

| 30 | Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком | 079/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |

| 31 | Форма учета амбулаторных посещений | 080/у | В электронном формате | 1 год |

| 32 | Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез | ТБ 081/у | В электронном формате | 5 лет |

| 33 | Карта наблюдения за диспансерным контингентом | ТБ 082/у | В электронном формате | 5 лет |

| 34 | Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики Казахстан | 083/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |

Пункт 2

2. Формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций

| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |

|---|---|---|---|---|

| 1 | Журнал учета ВИЧ -инфицированных | 084/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |

| 2 | Карта вызова бригады скорой медицинской помощи | 085/у | В электронном/ бумажном формате | 2 года |

| 3 | Сигнальный лист участковому врачу | 086/у | В электронном/ бумажном формате | 2 года |

| 4 | Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации | 087/у | В электронном/ бумажном формате | 2 года |

| 5 | Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни). Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №_ | 088/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 6 | Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской помощи в форме санитарной авиации | 089/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 7 | Задание на санитарный полет | 090/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 8 | Оперативная заявка № _ | 091/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 9 | Журнал учета приема детей в дом ребенка | 092/у | В электронном/ бумажном формате | |

| 10 | Форма учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей, ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери | 093/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |

| 11 | Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории | 094/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |

| 12 | Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции | 095/у | В электронном/ бумажном формате | 25 лет |

| 13 | Бракеражный журнал | 096/у | В бумажном формате | 3 года |

Пункт 3

3. Формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций

| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |

|---|---|---|---|---|

| 1 | Направление | 097/у | В электронном формате | 1 год |

| 2 | Результат | 098/у | В электронном формате | 1 год |

| 3 | Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам | 099/у | В электронном

формате | 1 год |

| 4 | Журнал контроля посуды и питательных сред | 100/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 5 | Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений | 101/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 6 | Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам | 102/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 7 | Журнал микробиологических исследований крови на стерильность | 103/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 8 | Форма учета лабораторных и диагностических исследований | 104/у | В электронном формате | 1 год |

| 9 | Журнал регистрации микробиологических исследований смывов | 105/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 10 | Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии | 106/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 11 | Журнал движения первичной пробы | 107/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 12 | Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер | 108/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 13 | Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин | 109/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 14 | Рабочий журнал микробиологических исследований | 110/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 15 | Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха | 111/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 16 | Журнал приготовления и контроля питательных сред | 112/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 17 | Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав) | 113/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 18 | Рабочий журнал исследований на стерильность | 114/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 19 | Журнал регистрации серологических исследований | 115/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 20 | Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта | 116/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 21 | Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории | 117/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 22 | Акт входного контроля | 118/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 23 | Акт приема - передачи образцов для исследования | 119/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

| 24 | Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП | ТБ 120/у | В электронном формате | 3 года |

| 25 | Лабораторный регистрационный журнал (для лабораторий противотуберкулезных организаций) | ТБ 121/у | В электронном формате | 3 года |

| 26 | Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ | ТБ 122/у | В электронном формате | 3 года |

Пункт 4

4. Формы медицинской учетной документации организаций службы крови

| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |

|---|---|---|---|---|

| 1 | Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции | 123/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 2 | Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований | 124/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 3 | Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции | 125/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 4 | Форма медицинской карты донора крови и ее компонентов | 126/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 5 | Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов | 127/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 6 | Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований | 128/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 7 | Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза | 129/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 8 | Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения | 130/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 9 | Форма учета производства компонентов донорской крови | 131/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 10 | Форма учета заявок на трансфузионные среды | 132/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 11 | Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства | 133/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 12 | Форма учета карантинизации плазмы | 134/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 13 | Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации | 135/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 14 | Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе | 136/у | В бумажном формате | 1 год |

| 15 | Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов | 137/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 16 | Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции | 138/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 17 | Акт списания компонентов крови | 139/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 18 | Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований | 140/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 19 | Ведомость результатов первичных лабораторных исследований до донации | 141/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 20 | Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных иммуногематологических исследований крови | 142/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 21 | Форма учета изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов | 143/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 22 | Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови | 144/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 23 | Ведомость результатов биохимических исследований до донации | 145/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 24 | Форма учета повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции | 146/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 25 | Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции | 147/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 26 | Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора | 148/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 27 | Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ | 149/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 28 | Форма учета результатов контроля качества компонентов крови | 150/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 29 | Форма учета результатов бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров | 151/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 30 | Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата | 152/у | В бумажном формате | 5 лет |

| 31 | Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства | 153/у | В электронном формате | 5 лет |

| 32 | Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов | 154/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 33 | Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции | 155/у | В электронном формате | до минования надобности |

| 34 | Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций | 156/у | В электронном формате | до минования надобности |

Источник: Эталонный контрольный банк НПА Республики Казахстан. При расхождении приоритет имеет официальная публикация.